

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1923-1924 — N° 81

De la Séméiologie et du Diagnostic
de la
GROSSESSE TUBAIRE

d'après
35 Observations

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 18 Mars 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis PARGOIRE

Ex-Interne suppléant des Hôpitaux de Lyon

Ex-Interne des Hôpitaux et de la Maternité de Saint-Etienne

né à AUBENAS (Ardèche) le 30 Mars 1894



LYON

Imprimerie BOSC FRÈRES & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1924

DE LA SÉMÉIOLOGIE ET DU DIAGNOSTIC
DE LA GROSSESSE TUBAIRE D'APRÈS
35 OBSERVATIONS

FAÇULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1923-1924 — N° 81

De la Séméiologie et du Diagnostic

de la

GROSSESSE TUBAIRE

d'après

35 Observations

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 18 Mars 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis PARGOIRE

Ex-Interne suppléant des Hôpitaux de Lyon

Ex-Interne des Hôpitaux et de la Maternité de Saint-Etienne

né à AUBENAS (Ardèche) le 30 Mars 1894



LYON

Imprimerie BOSC FRÈRES & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

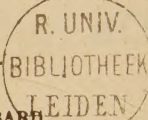
1924

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire..... **MM. H. HUGOUNENQ.**
 Doyen **J. LEPINE.**
 Assesseur **ROQUE.**

PROFESSEURS HONORAIRES

**MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
 LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE (A.), TEISSIER.**



PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales.....	ROOPE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER.
Clinique ophtalmologique.....	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	WEILL.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET.
Chimie biologique et médicale.....	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET.
Matière médicale et Botanique.....	HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL.
Anatomie	BRETIN.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie Interne.....	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	DOYON.
Anatomie pathologique.....	COLLET.
Chirurgie opératoire.....	MOURIQUAND.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	PAVIOT.
Médecine légale.....	X.
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique, hydrologie et climatologie.....	Etienne MARTIN.
Pharmacologie	COURMONT (P.).
	PIC.
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — Chimie minérale.....	BARRAL.
— — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique.....	MM. PATEL.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Chirurgie expérimentale.....	LERICHE.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
THEVENOT Léon.	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
GARIN.	TRILLAT.	FAYRE.	DUNET.
SAVY.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
FROMENT.	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
THEVENOT (Lucien)	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
PIERY.			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

**MM. GAYET, président ; PATEL, assesseur ;
 TRILLAT et DUNET, agrégés.**

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE NOTRE MÈRE

Son souvenir restera à jamais gravé dans notre cœur. Ces quelques lignes ne sont que le témoignage de notre piété filiale.

A LA MÉMOIRE DE NOTRE FRÈRE

LE SOUS-LIEUTENANT PIERRE PARGOIRE

du 23^e Bataillon de Chasseurs Alpins

Chevalier de la Légion d'Honneur

tué à l'ennemi le 30 Août 1918

En mourant, il nous a montré le chemin de l'honneur et du devoir. Que le souvenir de son sacrifice héroïque soit constamment en nous pour nous soutenir et nous reconforter dans les heures difficiles.

A NOTRE PÈRE LE DOCTEUR PARGOIRE

Il a été notre premier maître en Médecine et n'a cessé de nous apprendre l'amour du devoir. Puisse-t-il trouver ici le témoignage de toute notre affection et la reconnaissance émue de notre cœur pour la voie qu'il nous a tracée et l'exemple qu'il nous donne à suivre.

A NOTRE SŒUR

A NOTRE TANTE BLANC-PERDUCET

Elle nous a chéri à l'égal de nos parents. Qu'elle trouve dans ce travail un gage de notre très grande affection et une preuve de notre bien vive reconnaissance pour les services inestimables qu'elle n'a jamais cessé de nous rendre.

MEIS ET AMICIS

A MES MAÎTRES

DANS LES HÔPITAUX DE LYON

MONSIEUR LE DOCTEUR DESGOUTTES

Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR REBATTU

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR BONNAMOUR

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR PALLASSE

Médecin des Hôpitaux

DANS LES HÔPITAUX DE SAINT-ETIENNE

MONSIEUR LE DOCTEUR MULLER

Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR ARNAUD

Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR VIANNAY

Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR DUJOL

Accoucheur des Hôpitaux

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAYET

Professeur de Clinique Urologique

Chirurgien des Hôpitaux

Ce nous est un devoir agréable de le remercier ici de la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée dans le cours de nos études et des conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer. Il a, de plus, bien voulu accepter la présidence de notre thèse, resserrant ainsi en quelque sorte les liens qui nous unissaient déjà à lui.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

A NOS JUGES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Avant-Propos

Qu'il nous soit permis de remercier ici nos Maîtres dans les Hôpitaux de Saint-Etienne.

M. le Docteur MULLER, pendant les six mois que nous avons passés dans son service, a toujours fait preuve à notre égard de la plus grande bienveillance. Il a bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse, nous confier ses observations et nous aider de ses conseils dans l'ordonnance de ce travail. Il a bien voulu également nous laisser opérer la malade de l'Observation XXXV. Nous ne saurons jamais assez lui exprimer notre gratitude.

Nous prions M. le Docteur VIANNAY de vouloir bien trouver dans ces lignes l'assurance de notre profonde reconnaissance pour tous les services qu'il a bien voulu nous rendre. Son enseignement au lit du malade et son art chirurgical ont été et sont précieux pour nous.

Nous remercions aussi vivement M. le Docteur ARNAUD et M. le Docteur DUJOL d'avoir bien voulu nous faire bénéficier de leur savoir et de leur expérience et nous donner les observations des malades que nous leur avons vu opérer.

DE LA SÉMÉIOLOGIE ET DU DIAGNOSTIC
DE LA GROSSESSE TUBAIRE D'APRÈS
35 OBSERVATIONS

Introduction

La grossesse extra-utérine semble avoir une importance clinique considérable. Ce paraît être une affection beaucoup plus fréquente que ne semblent le dire les classiques. Elle joue un rôle de premier plan dans la pathologie abdominale féminine. Les incidents qui surviennent au cours de son évolution et qui en marquent ordinairement la terminaison — avortement ou rupture tubaire — lui confèrent, si on la laisse évoluer seule, un pronostic très sombre : c'est peut-être l'affection la plus grave qui menace la femme au cours de sa vie génitale et seul l'acte opératoire, avec ou sans temporisation suivant les cas, peut parer à ces accidents.

Mais la symptomatologie de la grossesse ectopique est extrêmement variable. Il est exceptionnel de la voir à son début, car son évolution est alors très insidieuse et n'attire pas l'attention, même de la malade. Dans la majorité des cas, au contraire, dans tous ceux qui constituent nos observations, c'est non le

diagnostic de grossesse extra-utérine qui a été posé, mais plutôt celui d'avortement ou de rupture tubaire; c'est dire que ces derniers font partie intégrante de la symptomatologie.

Ainsi comprise, la grossesse ectopique se présente à nous comme un véritable protégée clinique et nous avons eu pour but, dans ce travail, de montrer combien son aspect était variable d'un cas à l'autre. Pour ce faire, nous indiquerons, dans un premier chapitre, quelle est la valeur séméiologique des signes observés : le dépouillement de nos observations nous aura au préalable permis d'isoler chaque symptôme, d'en donner les modalités les plus courantes et d'en décrire les autres aspects moins fréquents, pour conclure enfin à la valeur diagnostique qu'il comporte.

Ceci est œuvre de pure analyse et ne peut donner une idée de ce qu'est en réalité la grossesse extra-utérine. Dans le second chapitre, nous porterons le problème sur le terrain clinique et nous reconnaitrons que le diagnostic, facile dans les formes typiques, revêt au contraire de grandes difficultés dans tous les autres cas. Nous essaierons néanmoins d'isoler la grossesse extra-utérine des affections avec lesquelles on risque de la confondre le plus souvent et nous esquisserons, ce faisant, la question du diagnostic différentiel.

CHAPITRE PREMIER

Séméiologie

Nous avons fait ici, pour la commodité de l'exposé, un certain nombre de paragraphes, dont chacun comporte l'étude d'un symptôme de la grossesse ectopique, symptôme fonctionnel révélé par l'interrogatoire ou, au contraire, signe objectif découvert au cours de l'examen physique de la malade.

Les titres du chapitre ne se trouvent donc être que l'énumération de chacun des signes de la grossesse tubaire : ce sont les troubles menstruels, les douleurs, les signes généraux, les signes locaux et les signes réflexes.

Troubles menstruels.

Les troubles menstruels font le plus souvent partie intégrante de la symptomatologie de la grossesse ectopique et assez fréquemment ce sont eux qui constituent comme le pivot du diagnostic. Mais ils se présentent cliniquement sous des aspects parfois très

différents, occupant tantôt le premier plan de la scène, ayant d'autres fois tendance à passer inaperçus. On peut cependant, dans la très grande majorité des cas, trouver, par un interrogatoire soigneux, un petit retard de règles ou quelque autre trouble menstruel qui auront paru à la malade être de si peu d'importance qu'elle n'y aura attaché qu'une minime attention. C'est là qu'il sera nécessaire de faire un interrogatoire précis et même méticuleux.

Il est logique de supposer que, du moment qu'il y a grossesse, on doit avoir un arrêt de règles. De fait, si nous consultons les ouvrages classiques, nous trouvons décrite comme presque constante une période d'aménorrhée absolue d'une durée variable, suivie de métrorragies. Le retard dans la menstruation varierait de quelques jours à quelques semaines, atteignant, beaucoup plus rarement, deux, trois ou quatre mois. Or, si nous nous reportons à nos observations, nous voyons que ce retard est loin d'être la règle. Mais, avant de discuter sa constance, nous tenons à le définir : « Une période d'aménorrhée qui dépasse l'intervalle normal de deux menstruations », nous éloignant ainsi du langage des accoucheurs et du raisonnement de Proust. Celui-ci dit, en effet : « En matière de règles, on peut apprécier le retard, au point de vue de la grossesse, de la façon suivante : on admet, en général, que la conception s'établit environ dix jours après les dernières règles. Par conséquent, une femme qui est enceinte de dix jours après ses règles a exactement un retard de vingt jours à l'époque des règles suivantes ou plutôt au moment où

elles devraient se produire. Or, on sait que dans la grossesse isthmique, l'interruption est excessivement précoce : elle est quelquefois d'un mois à peine ; un mois à peine, c'est dix jours de retard, c'est quelquefois moins. Il y a des grossesses qui s'interrompent à la troisième semaine. C'est à peine si, dans ces cas, on compte un jour de retard. » Cette interprétation nous semble à la fois moins clinique et moins sûre.

L'analyse de nos observations montre que, dans quinze cas (Obs. 2, 5, 6, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21), il existe un retard. Sa durée est de quelques jours — cas de beaucoup les plus fréquents — et n'atteint comme maximum que trois mois (Obs. 15). Il se voit donc dans moins de la moitié des cas. Il constitue quelquefois (Obs. 14, 15, 18) la seule manifestation clinique des troubles menstruels.

Le plus souvent, il est suivi de métrorragies. Celles-ci tantôt se continuent sans interruption, peu abondantes, pour ainsi dire goutte à goutte : ce sont les métrorragies distillantes de Pozzi, tantôt, au contraire, procèdent, intermittentes, par poussées successives. La couleur du sang perdu est, le plus souvent, rouge vif, contenant souvent des caillots, fait qui impressionne vivement la malade. Ceci semble aller encore à l'encontre de l'opinion classique : les auteurs signalent, en effet, la grande fréquence des pertes noirâtres, couleur sépia, rappelant le chocolat. Or, nous ne trouvons celles-ci décrites que dans huit cas (Obs. 2, 7, 10, 12, 17, 19, 21, 32). Au contraire, les pertes sont quelquefois, mais beaucoup plus rarement, de couleur plus claire que la normale, séro-sanguinolente

ou rosée (Obs. 5, 9, 17, 28). On voit donc qu'il ne faut pas attendre les pertes chocolat pour penser à la grossesse ectopique : nous verrons de plus, dans le diagnostic, qu'elles ne sont pas absolument caractéristiques de la gestation tubaire.

Le retard des règles n'existe pas dans les vingt observations restantes. L'écoulement sanguin peut survenir à la date attendue (Obs. 3, 25, 29, 32, 35), mais il présente alors quelques caractères anormaux : tantôt sa durée est diminuée (trois jours au lieu de huit, Obs. 25 ; deux jours au lieu de cinq ou six, Obs. 29). Tantôt elle est augmentée : les pertes continuent jusqu'à l'intervention (Obs. 32). La quantité perdue est également très variable : à peine quelques cuillérées de sang (Obs. 3), ou métrorragies profuses (Obs. 29). Enfin, dans un cas, l'écoulement vaginal eut une coloration spéciale, couleur chocolat (Obs. 32).

Dans huit de nos observations (Obs. 7, 12, 23, 24, 26, 30, 31, 33), on voit survenir des pertes rouges avant la date attendue, avant l'époque présumée des règles. Elles suivent, à quelques jours d'intervalles, des règles en tous points normales : par exemple, dans l'Observation 33, elles surviennent cinq jours seulement après une période menstruelle qui ne se différencie en rien des époques habituelles.

Ces métrorragies, survenant avant la date attendue, peuvent laisser place au grand syndrome d'ictus abdominal, d'inondation péritonéale, sans qu'il y ait eu alors un trouble menstruel quelconque. Ce fait est heureusement rare : il n'existe que dans deux de nos observations (Obs. 1 et 4). On remarquera qu'il

s'agit, dans un cas, d'une femme qui, allaitant son enfant, n'avait pas revu ses règles depuis l'accouchement.

En résumé, si l'on élimine les cas classiques de grossesse tubaire avec retard des règles, suivi ou non de métrorragies, on conçoit que l'on puisse penser à une grossesse ectopique du premier mois, quand, sans absence antérieure des règles, l'hémorragie menstruelle vient à date normale, mais a une durée exagérée ou diminuée, ou bien qu'elle vient avant l'époque et qu'elle est suivie d'hémorragies irrégulières. Enfin, l'absence complète de tout écoulement vaginal ne doit jamais infirmer la possibilité d'une grossesse extra-utérine.

Douleurs.

Les douleurs ne semblent manquer qu'au début, au moment de la nidation ovulaire dans la trompe, alors que celle-ci est encore petite et que la réaction péritonéale n'existe pas. Passé ce tout premier stade, la grossesse ectopique se comporte toujours comme une grossesse *douloureuse*. Les douleurs ne tardent pas à apparaître, coïncidant quelquefois avec une période menstruelle, de concert souvent avec les métrorragies. Dès que les phénomènes douloureux surviennent, ils constituent un symptôme important et c'est le plus souvent pour eux que les malades demandent une consultation.

Nous ne trouvons qu'une seule observation (Obs. 30) où les douleurs sont à peine marquées : elles siégeaient dans le bas-ventre, sans localisation plus précise, et consistaient simplement en une sensation pénible de pesanteur et de tiraillement dans le petit bassin, sans présenter d'irradiations quelconques.

Partout ailleurs, elles affectent plus de violence et revêtent quelquefois une allure dramatique. Ce peuvent être des crises douloureuses aiguës, à allure paroxystique, comparées bien souvent par les malades à des coliques. Leur intensité varie suivant les cas, quelquefois peu accusée, d'autres fois si vive qu'elle oblige la malade à pousser des cris. Leur siège le plus fréquent se trouve être le petit bassin ou les fosses iliaques ; mais il faut bien savoir qu'elles présentent parfois des irradiations que l'on peut trouver paradoxales. La malade, par exemple, de l'observation 1 eut des coliques dans le bas-ventre le matin et souffrit très vivement des hypocondres le soir, au point qu'elle se fit mettre des ventouses sur la région hépatique. Il en est de même dans l'observation 2 où la malade dit, pour résumer la situation que « le mal montait ». Les douleurs sont très souvent suivies de ce que Labadie-Lagrave appelle la vomique salpingienne, c'est-à-dire l'évacuation partielle du contenu de la trompe ; ceci explique le fait qu'elles s'accompagnent fréquemment de métrorragies.

Cette forme de douleurs à allure paroxystique se trouve dans seize cas (Obs. 1, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 17, 19, 22, 23, 24, 29, 32) ; il faut ajouter cependant qu'elle n'existe pas souvent à l'état isolé. Ces crises s'accompagnent, en effet, la plupart du temps, pendant les

jours qui les suivent, de poussées péritonitiques légères. Les douleurs, dès lors, restent plus fixes, circonscrites au bassin, aux fosses iliaques ou à la région ombilicale ; elles revêtent une allure moins aiguë, les nausées et les vomissements vont en diminuant et même disparaissent. L'état paraît moins grave, bien que la malade soit assez souvent obligée de garder le lit. En somme, on a l'impression de pelvi-péritonite à symptomatologie presque uniquement fonctionnelle. Ce n'est que rarement, trois fois (Obs. 3, 4, 27), que le syndrome fut assez violent pour faire porter le diagnostic de péritonite généralisée.

Ces crises peuvent être suivies, et le fait est plutôt rare, de troubles de compression. Une seule fois (Obs. 2), il est noté des signes vésicaux ; nous trouvons mentionnés une fois aussi des signes d'occlusion (Obs. 18), et deux autres fois des signes très nets de ténésme rectal (Obs. 9 et 20). Dans d'autres cas, les malades se plaignent d'un syndrome plus fruste de constipation et faux besoins ; c'est là, d'ailleurs, un signe qui a fréquemment attiré l'attention de la femme. Beaucoup de malades, en effet, se sont purgées et c'est là peut-être une des causes des accidents terminaux de la grossesse ectopique.

Il faut reconnaître que le syndrome douloureux que nous venons de décrire est assez commun et qu'il se voit souvent en pathologie abdominale, surtout chez la femme. Beaucoup plus caractéristiques sont les douleurs à tendances syncopales : celles-ci impriment à l'affection un cachet bien spécial. Elles débutsent toujours brusquement, tantôt inopinément, tan-

tôt à la suite d'un traumatisme quelconque, et revêtent une acuité extrême, analogue à la douleur aiguë des ruptures viscérales. Simultanément, la malade ressent un malaise indéfinissable qui l'envahit. Sa vue se trouble. Elle éprouve des bourdonnements d'oreilles et des vertiges qui s'accompagnent souvent de nausées et de vomissements ; puis, les idées s'embrouillent et s'obscurcissent, la malade se sent « en aller », suivant l'expression habituelle, en proie quelquefois à des sensations d'angoisse extrêmement pénibles. En même temps, elle pâlit, le facies s'altère, les yeux vagues s'excavent, le regard sans expression devient effrayant, le nez se pince, le pouls devient filiforme et incomptable, la respiration se ralentit et s'affaiblit, la peau se couvre d'une sueur glacée. Après quelques instants, la vie semble renaître et toutes les fonctions reviennent dans l'ordre inverse de leur disparition. C'est là le tableau du drame que l'on a si bien dénommé « ictus abdominal ». Quelquefois, plusieurs ictus se succèdent, aggravant chaque fois l'état de la malade. L'accalmie qui les sépare n'est donc souvent que trompeuse ; on peut même voir un second ictus ne survenir qu'assez longtemps après le premier.

Cependant, le tableau est loin de présenter toujours ce haut degré de gravité. Souvent, en effet, la malade ressent brusquement une douleur vive et aiguë au niveau des fosses iliaques. Elle a des tendances lipothymiques ; quelquefois même, elle perd connaissance pendant quelques secondes. Puis, le tableau s'amende, la douleur s'atténue, l'état de malaise disparaît et la malade peut continuer à vaquer à ses occupations. Il s'agit alors d'un petit ictus abdo-

minal qui peut soit exister seul, soit se répéter sous la même forme, soit céder la place au grand drame que nous avons décrit plus haut.

Ces dernières manifestations de la douleur — crises douloureuses avec tendance syncopale — impriment à l'affection un cachet bien spécial. L'ictus abdominal unique ou la série de petits ictus coïncidant souvent avec des métrorragies, emportent le diagnostic. Mais il faut bien savoir qu'ils manquent souvent : dans la série de nos 35 observations, nous ne le trouvons que 12 fois (Obs. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12), et toutes les fois il s'agit, comme il est signalé dans les classiques, de rupture de la trompe gravide. Aucune de nos observations ne montre de crises douloureuses syncopales avec un simple avortement tubaire, mais nous trouvons neuf cas de rupture sans syncope avec seulement des douleurs du type de coliques ou de pelvi-péritonite. Nous n'avons donc jamais eu de cas d'inondation péritonéale avec ictus dans l'avortement tubaire, comme Wilette en a signalé dans sa thèse, et comme Patel et Bonnet en ont récemment rapporté deux cas à la Société de Chirurgie de Lyon.

Signes locaux.

Les signes locaux varient avec l'âge de la grossesse, d'une part, avec les complications, d'autre part, qui jalonnent le plus souvent les trois ou quatre premiers mois de la gestation ectopique. Nous n'envisagerons pas, ici comme ailleurs, les signes au delà du quatrième mois, aucune de nos observations ne nous

ayant montré de malades à cette période-là. Nous allons tout d'abord énumérer les symptômes que peut présenter la malade pour montrer, en second lieu, leur fréquence et leur mode de groupement. Il y a avantage à les scinder en signes abdominaux et signes génitaux.

Les premiers sont constitués par une certaine tuméfaction, une certaine voussure de siège variable, occupant cependant de préférence les confins de l'une des fosses iliaques et la région hypogastrique : elle est surtout visible à jour frisant. Nard attache à ce signe une grande valeur : « Lorsque, dit-il, dans une affection aiguë, à début récent, ne remontant pas au delà d'une quinzaine de jours, on hésite entre le diagnostic d'hématocèle et celui d'affections inflammatoires annexielles ou appendiculaires, si on constate, à jour frisant, une voussure sous-ombilicale unilatérale, il ne faut pas hésiter à porter le diagnostic d'hématocèle », et il en donne l'explication suivante : « La voussure fait défaut dans les affections inflammatoires en raison de la défense de la paroi, tandis qu'elle existe dans l'hématocèle, parce qu'affection non inflammatoire, au moins à son début. » De fait, nous la trouvons signalée dans presque toutes nos observations. Souvent (Obs. 5, 10, 13, 17, 26, 32, 33), elle s'accompagne, à la palpation, d'une sensation d'empâtement, de tuméfaction de consistance variable tantôt fluctuante (Obs. 26), tantôt, au contraire, dure (consistance du fibrome, obs. 7). D'ailleurs, bien souvent, il est difficile de se rendre compte de sa consistance et de ses limites : la palpation en est doulou-

reuse et amène presque invinciblement une demi-contraction réflexe de défense qui gêne l'examen. Il est plus rare (Obs. 3, 4, 12, 18, 27, 28), de trouver un ballonnement généralisé à tout l'abdomen.

En somme, on peut dire que presque toujours l'œil voit une voussure plus ou moins localisée et que la main sent un certain degré de tuméfaction : une partie du petit bassin ou des fosses iliaques n'est pas libre.

A côté de ces signes abdominaux, le toucher va montrer d'autres signes d'une valeur au moins égale, peut-être supérieure. L'utérus subit, par un mécanisme réflexe, une augmentation de volume. Elle paraît inconstante, parce que peut-être difficile à évaluer. Dans cinq cas, le fond utérin est perçu à un, deux ou trois travers de doigt au-dessus de la symphyse. Il est tantôt en position médiane, tantôt en position latérale (Obs. 8, 10, 29), et ici il ne semble pas qu'il y ait de règle fixe imposant le sens de la déviation, le grand axe de l'utérus pouvant être attiré du côté de la trompe gravide ou, au contraire, dirigé du côté opposé.

Le col peut présenter aussi les modifications dues à toute grossesse. Il est souvent mou et ramolli (Obs. 1, 5, 7, 25, 29), entrouvert (Obs. 1, 3, 7, 9, 12, 25, 29, 30) ; mais peu, n'admettant tout au plus que l'extrémité de l'index. Il occupe une situation variable, tantôt plaqué contre la symphyse (Obs. 7), tantôt repoussé en arrière (Obs. 5). Sa mobilisation, ainsi que celle du corps utérin, est presque toujours douloureuse.

Le toucher des culs-de-sac latéraux montre assez

souvent la présence d'une masse juxta-utérine (Obs. 4, 6, 7, 10, 12, 14, 17, 19, 21, 23, 29). Elle a un volume variable suivant les cas. Tantôt elle est de la grosseur d'une mandarine, tantôt elle atteint le volume d'une noix de coco. Ce qui est beaucoup plus important, c'est son augmentation d'un examen à l'autre : l'Observation 6 est, à ce point de vue, particulièrement frappante. Plus tard, on a affaire à une masse bombant plus ou moins dans le cul-de-sac postérieur et même parfois envahissant toute une moitié du bassin, se confondant alors avec les masses pelvi-hypogastriques senties à la palpation. Comme ces dernières, elle est de consistance très variable, tantôt les culs-de-sac sont rénitents, comme sous tension, donnant une impression de mollesse diffuse ; tantôt, au contraire, c'est une masse de consistance ligneuse, occupant alors électivement le Douglas. Dans un cas (Obs. 7), les deux sensations étaient superposées : il y avait ici une sensation de pseudo-fluctuation, là une sensation de masse solide.

La pression des culs-de-sac est presque toujours ressentie très douloureusement par la malade (Obs. 3, 9, 19, 21, 22, 28, 30, 32, 35) : ce signe paraît donc avoir une grosse importance clinique. Sa valeur sera maxima si le toucher est par ailleurs négatif. Proust insiste sur ce point : « C'est un signe, dit-il, qui ne trompe pas, et qui, à mon avis, est capital, parce qu'il est constant. Si on fait le toucher vaginal, la palpation profonde du Douglas et des culs-de-sac latéraux, on peut ne rien sentir, car le sang liquide ne peut être perçu au doigt, mais on détermine un réflexe du Dou-

glas, une sensibilité exquise qui, même chez la malade en demi-syncope, la fait se plaindre. C'est la caractéristique de la rupture tubaire. » De fait, chaque fois que nous avons recherché ce signe dans les cas d'hémorragie intra-péritonéale, nous l'avons trouvé.

On voit donc que la recherche des signes locaux donne des renseignements très intéressants. Deux surtout méritent de retenir particulièrement l'attention : la tuméfaction, la voussure pelvi-hypogastrique et le signe de Proust. Les autres se voient souvent dans d'autres affections génitales et ont, de ce chef, beaucoup moins de valeur.

Signes généraux.

La grossesse extra-utérine ne s'accompagne de signes généraux qu'au moment des accidents graves qu'elle détermine. Jusque-là, elle est latente, ne se traduisant seulement que par la douleur et les métrorragies. Les malades peuvent donc être vues par le chirurgien avec un état général satisfaisant (Obs. 9, 19), même avec un état floride, comme il est noté dans l'Observation 14.

Il n'en est plus ainsi au moment de la rupture ou de l'avortement tubaire. C'est alors le tableau de l'hémorragie interne (Obs. 1, 2, 3, 4, 7, 27, 28, 31, 35), avec la pâleur de la face, la décoloration des muqueuses, le nez pincé et froid, les extrémités viola-

cées, les pupilles dilatées, le pouls rapide, misérable, à 120 et plus, la respiration courte, précipitée, superficielle. Il faut ajouter que ce tableau n'est jamais pur ; on lit toujours, sur le visage de la malade, l'expression bien vive de l'angoisse qui accompagne tous les drames péritonéaux.

Dans quelques cas, heureusement rares, c'est la forme cataclysmique, mortelle si l'on n'intervient pas (Obs. 3). D'autres fois, le tableau s'amende et la malade présente alors un état général moins touché : teint jaune pâle des malades qui ont saigné ; plus tard apparaîtra un léger subictère dû à la résorption sanguine.

On voit souvent — et ces cas sont assez nombreux pour que nous croyons devoir y insister — (Obs. 19, 21, 24, 25, 27), des phénomènes fébriles se surajouter au tableau déjà si complexe de la grossesse extra-utérine. La température est ordinairement peu élevée ($37^{\circ}8$, 38°) ; mais il faut bien savoir que, dans certains cas, la fièvre est d'emblée plus élevée ($38^{\circ}5$, $39^{\circ}9$), sans qu'il y ait encore, bien entendu, trace de suppuration. Ceci risque de contribuer à égarer le diagnostic : c'est ainsi qu'une de nos malades avait été envoyée dans un service de médecine pour « entérite et phénomènes fébriles » (Obs. 24), et que, pour une autre, on avait porté le diagnostic de péritonite de cause indéterminée.

Signes réflexes.

Trois points sont à considérer dans cette étude : les modifications de la menstruation, les modifications physiques de l'utérus et les signes sympathiques de grossesse.

Nous avons vu, dans un des paragraphes précédents, la grande valeur séméiologique des troubles de la menstruation et l'importance qu'il fallait attacher à un arrêt de règles ou à une altération quelconque de la fonction menstruelle. Nous avons signalé également que le développement d'une grossesse tubaire entraîne, dans maints cas, des modifications anatomiques du côté de l'utérus : augmentation et mollesse du corps, ramollissement et ouverture du col.

Nous ne reviendrons pas sur ces deux points déjà signalés. Mais nous voulons faire remarquer ici que ces modifications utérines n'existent que quand la grossesse n'est plus au tout premier stade de son évolution. Nous tenons à dire aussi que nous n'avons trouvé dans nos observations qu'une seule fois (Obs. 5) l'expulsion d'une caduque utérine, alors que le fait est cependant signalé comme fréquent par les classiques : il va de soi que cette expulsion ne peut également se voir que dans les grossesses ayant dépassé le premier ou le second mois. Il faut remarquer que, sur ce point, on est le plus souvent obligé de se contenter de l'interrogatoire et que la majeure partie de nos observations concerne des malades de la clientèle hospitalière qui, d'ordinaire, s'observent assez mal.

Il est possible enfin de constater des signes sympathiques de grossesse. Ce peuvent être des troubles subjectifs, comme tels accusés par la malade elle-même : troubles digestifs et nerveux variés, sensations spéciales au niveau des seins. Dans les Observations 5, 10, 12, 15, la malade accusait une sensation de picotement.

Bien plus intéressants à noter et bien plus utiles pour le diagnostic sont les signes sympathiques objectifs de grossesse : nous voulons parler des modifications du côté des seins, que l'on doit rechercher systématiquement, toutes les fois que l'on soupçonne une grossesse extra-utérine, augmentation de volume des seins, pigmentation de l'aréole, écoulement de colostrum. Ce dernier signe (Obs. 5, 10, 12, 15) est toujours d'un appoint précieux pour le diagnostic, et ce surtout si l'on se trouve en présence d'une femme nullipare.

Nous ne saurions trop insister sur la valeur des signes réflexes de grossesse. Ce sont eux, en effet, comme nous le verrons ultérieurement, qui permettent de restreindre, quand ils existent, le champ du diagnostic **de** la grossesse ectopique.

CHAPITRE II

Diagnostic

L'exposé séméiologique précédent est une étude par le détail, permettant de disséquer, pour ainsi dire, chaque symptôme, d'en faire ressortir les modalités et d'en établir la valeur diagnostique au cours des divers cas que nous avons eus à examiner. Le problème, envisagé au point de vue de l'ensemble clinique d'une part, **du** diagnostic d'autre part, ne se pose pas de la même façon. L'énumération de symptômes, aussi scrupuleuse soit-elle, ne donne nullement un tableau de la grossesse extra-utérine. Ce qu'il faut maintenant, c'est voir comment ces symptômes se déroulent dans le temps et se juxtaposent, pour donner à l'affection son individualité clinique.

*
* *

Il est tout d'abord des cas où la symptomatologie à la fois riche et bruyante est telle que le diagnostic ne doit pas rester longtemps hésitant. Une femme, jeune le plus souvent, est prise soudainement d'une

douleur atroce, d'abord localisée dans le bas-ventre, généralisée ensuite à tout l'abdomen. Elle perd connaissance. La face est pâle, les pupilles dilatées, les muqueuses décolorées. La respiration est rapide et superficielle. Peu à peu, la malade revient à elle-même, offrant un masque complexe de pâleur, de douleur et d'angoisse. L'abdomen est un peu météorisé, très sensible à la palpation, surtout dans la moitié sous-ombilicale. Au toucher, la mobilisation de l'utérus est douloureuse, les culs-de-sac sont un peu rénitents : on n'y sent aucune collection et cependant la pression du Douglas arrache des cris à la malade. Il existe un léger suintement sanguin. L'interrogatoire apprend qu'il y a un retard de règles quelquefois minime. La recherche des signes réflexes de grossesse est positive. Nul doute, c'est là le tableau de la rupture tubaire, rupture qui peut entraîner l'inondation péritonéale.

Et, à côté de cette forme heureusement assez rare, il en existe une autre où l'hémorragie intra-péritonéale se produit de façon plus insidieuse. La malade a présenté une série de crises douloureuses, de caractère spécial, qualifiées « petits ictus abdominaux ». Ces crises sont également à début brusque : la douleur siège dans une des fosses iliaques ou dans la région de l'hypogastre. Leur acuité est vive, toujours suffisante, fait caractéristique, pour donner à la malade des syncopes, ou tout au moins des tendances à la syncope. Les nausées et les vomissements existent toujours. Ces crises sont de durée variable : quelques heures semblent un maximum, d'autres fois la malade

a seulement une tendance syncopale, puis tout rentre dans l'ordre. Brusquement, à nouveau, alors que la malade a repris ses occupations, les mêmes phénomènes se reproduisent, toujours avec les mêmes caractères. C'est pour la répétition de ces crises douloureuses que la malade demande une consultation. L'interrogatoire apprend qu'il y a un retard de règles et des métrorragies de caractères variables. A l'examen, on découvre, à côté d'une certaine voussure et tuméfaction pelvi-hypogastrique, une masse juxta-utérine dans un des culs-de-sac latéraux ou une hématocele bombant dans le Douglas. Deux examens successifs pourront permettre quelquefois de constater une augmentation de volume de cette masse.

Quand l'interrogatoire et l'examen de la malade offrent un ensemble de faits analogues à ceux qui viennent d'être décrits, le doute ne doit pas être permis, et il faut poser fermement le diagnostic. Le mélange de symptômes relevant simultanément de la réaction péritonéale (douleur, défense de la paroi, nausées et vomissements), et de l'hémorragie interne (syncope, lipothymie, décoloration des muqueuses, faiblesse et rapidité du pouls), apparaissant chez une femme présentant quelques signes de début de grossesse ne prête évidemment guère à confusion, surtout si le toucher permet de reconnaître une hypertrophie utérine accompagnée d'un écoulement utérin rouge ou couleur chocolat et d'une sensibilité particulière à l'exploration vaginale du cul-de-sac de Douglas. A la forme cataclysmique, évoluant à la façon d'un drame qui terrasse en quelques heures la malade, se

rattachent les Observations 1, 2, 3, et 4. L'évolution par petits ictus abdominaux successifs, qui emporte aussi facilement le diagnostic, se voit nettement dans les observations 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12.

*
* *

Mais, en dehors de ces cas, où le diagnostic semble s'imposer, il en est d'autres — et ceux-ci sont plus nombreux — où la malade présente une histoire clinique dont les cadres ne coïncident plus avec ceux décrits plus haut. La symptomatologie est tantôt estompée, tantôt, au contraire, dramatique, mais n'attire pas alors spécialement l'attention sur la possibilité d'une grossesse ectopique. On conçoit, dès lors, que le diagnostic puisse être aiguillé sur une toute autre voie. Le problème ainsi posé est complexe : sa difficulté toutefois présente en clinique des degrés variables, suivant qu'on soupçonne une grossesse ou qu'on n'a, au contraire, aucun signe de présomption de gravidité. Nous allons envisager successivement ces deux cas, en nous rappelant que, dans la première hypothèse, un double écueil sera à éviter, soit méconnaître la grossesse extra-utérine, soit la supposer à tort, et que, dans la seconde, il faudra s'efforcer de remonter à la cause des phénomènes pour lesquels la malade aura demandé une consultation (douleurs abdominales, métrorragies, syndrome péritonéal, etc.).

Nous dirons tout de suite qu'il y a de fortes présomptions en faveur d'une grossesse, quand nous

noterons un arrêt de règles. Un interrogatoire précis est, rappelons-le, nécessaire pour le mettre en évidence, car si, parfois, la suspension des époques menstruelles dure un temps suffisamment long pour attirer l'attention de la malade, dans d'autres cas le retard des règles est peu accusé, quelques jours à peine, et demande à être recherché. Nous nous basons aussi sur les signes réflexes fournis par l'examen des seins (colostrum surtout), pour dire qu'une grossesse est probable et non pas sur les signes utérins ou les autres signes sympathiques : ceux-ci paraissent trop inconstants et ne semblent pas avoir grosse valeur.

Nous nous trouvons donc en présence d'une femme qui n'a pas eu ses règles à l'époque attendue ; elle présente quelquefois aussi des signes de début de grossesse et se croit enceinte : elle se fait examiner par prudence ou bien parce qu'elle ressent quelques légères douleurs dans le bas-ventre, de la pesanteur dans les lombes ; parfois, un peu de sang est apparu en dehors des époques cataméniales. Le toucher montre une masse arrondie, de consistance pâteuse, latéro-utérine ou bombant dans le Douglas. Avant de porter le diagnostic, lourd de conséquences, de grossesse tubaire, on pense à un utérus gravide latéro ou rétro-fléchi, et surtout à une grossesse angulaire.

La latéro-flexion ou la rétroversion mobile d'un utérus gravide est assez facile à dépister dans la plupart des cas. Il suffit de redresser l'utérus. Cette réduction est habituellement très facile à obtenir, mais on hésite à la tenter, dans la crainte de rompre

une grossesse ectopique. Pour éviter l'erreur, nous avons alors à notre disposition une manœuvre inoffensive : il suffit de mettre la malade en position de Trendelenburg, pour obtenir la réduction spontanée et faire le diagnostic. Quand la rétroversion est fixée, la symptomatologie est différente. Au début, les douleurs, les troubles vésicaux et rectaux dominent la scène ; le toucher montre le col remonté derrière la symphyse, ouvert en avant. La palpation abdominale ne trouve pas le corps utérin. Plus tard, la vessie distendue à l'extrême par la rétroversion peut être prise pour une hématoçèle ante-utérine, alors que le corps utérin gravide pourra, dans d'autres cas, être confondu avec un épanchement sanguin du Douglas : dans un cas comme dans l'autre, du reste, les écoulements sanieus, fétides, de la vessie comprimée et en voie de sphacèle ou du corps utérin rétro-fléchi, peuvent continuer à donner le change. Le diagnostic se basera sur une analyse précise des symptômes : sur la différence des troubles de l'état général, phénomènes surtout toxiques et fébriles dans le cas d'incarcération utérine, troubles plutôt d'anémie dans l'hématoçèle ; sur le siège et les irradiations des douleurs accusées par la malade ; sur la consistance de la masse occupant le Douglas, sur ses variations de volume et surtout de tension à des examens successifs ; enfin sur les caractères de la tumeur abdominale qu'un cathétérisme (qu'il ne faut jamais négliger) suffira à faire évanouir, s'il s'agit de la vessie distendue.

Plus difficile à dépister est la grossesse angulaire.

Un examen bi-manuel donne l'impression d'une double tuméfaction, l'une plus ou moins développée, mais toujours supérieure de dimensions à un utérus vide, c'est l'utérus ; l'autre, accolée à la première, occupant un des angles de volume variable, dépassant rarement celui d'une mandarine, séparée de l'utérus par une sorte de sillon oblique, mais faisant tout de même corps avec lui, c'est la corne gravide. Mais, ici, l'orientation de la corne gravide est latérale et souvent antéro-latérale, contrairement à celle de la trompe gravide, qui est postérieure et tombe dans le Douglas. Le diagnostic sera grandement facilité, si on peut percevoir des différences de consistance entre l'utérus et la corne gravide ; dans ce cas, un premier toucher permettra de trouver un utérus ferme et une masse molle, pâteuse, qui sera la corne gravide en état de relâchement musculaire, tandis qu'un second toucher, pratiqué plus tard, donnera des sensations renversées : la corne gravide contractée se durcit et devient plus ferme que l'utérus lui-même. Jamais on ne constate ces alternatives de contraction et de relâchement dans une trompe distendue par une grossesse.

Le problème du diagnostic est un peu différent quand on fait suite au retard de règles des métrorragies plus ou moins abondantes, souvent presque continues. L'histoire clinique, dans la plupart des cas, est la suivante : après un retard de règles de quelques jours, faisant penser à une grossesse normale, sont survenues des pertes rouges. L'interrogatoire mettant en outre en évidence l'existence de douleurs

abdominales, pour peu que l'on néglige de faire préciser le siège et les caractères de celles-ci, le diagnostic s'aiguille tout naturellement du côté d'une fausse-couche banale (Obs. 19), ou, plus exactement, d'une rétention placentaire post-abortum. Le récit de la malade affirmant quelquefois avoir expulsé un morceau de chair ne peut que confirmer cette opinion, si l'on oublie la possibilité de l'expulsion de la caduque utérine au moment de l'avortement tubaire. L'erreur peut s'éviter cependant si l'on a soin, toutes les fois que cela est possible, d'examiner personnellement les caillots expulsés au cours de cette soit-disant fausse-couche, d'y constater l'absence de villosités et de cavité amniotique et d'y voir au contraire un véritable moulage de la cavité utérine. Dans tous les cas, il faudra déterminer, d'après l'interrogatoire, les caractères si particuliers de la douleur abdominale d'une part, des écoulements sanguins d'autre part. Il ne faut jamais se contenter d'un simple interrogatoire pour établir le diagnostic d'avortement utérin et il importe de toujours procéder à un examen attentif de l'utérus, du col et des tissus péri-utérins ; l'exploration abdomino-vaginale, dans les cas de grossesse ectopique, met en évidence l'existence, à côté d'un utérus manifestement hypertrophié, d'une masse juxta-utérine de volume et de consistance variables, mais toujours douloureuse à la pression.

Avec un peu d'attention, le diagnostic de la grossesse tubaire et de l'avortement utérin banal est donc possible, dans la majorité des cas : les erreurs s'expliquent par un examen insuffisant. Elles ne sont

excusables que dans les cas complexes où un avortement utérin s'accompagne de l'existence d'une tumeur juxta-utérine (kyste, fibrome pédiculé, annexite, utérus double). Dans ces cas-là, c'est encore l'analyse soigneuse de l'évolution des troubles, leur apparition chez une malade n'ayant jamais souffert du ventre, surtout l'intensité et la répétition des crises douloureuses jointes aux caractères des pertes qui feront pencher le diagnostic en faveur de la grossesse extra-utérine.

. . .

Bien plus considérables sont les difficultés quand rien ne laisse soupçonner que la malade est enceinte. Le diagnostic va alors errer bien davantage. Ces cas, avons-nous dit, sont fréquents : dans vingt observations, il n'y a pas de retard de règles et si l'on cherche la raison pour laquelle la malade a consulté, on voit que c'est soit pour des douleurs abdominales (Obs. 12, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 35), soit pour des métrorragies (Obs. 24, 30, 32, 33). Ce sont ces formes que nous allons maintenant étudier : elles constituent les cas les plus intéressants, ceux auxquels sont réservées les finesses de diagnostic.

L'observation 22 est le prototype des formes que l'on pourrait appeler douloureuses. Le toucher ne montre rien, si ce n'est une légère douleur à la pression d'un cul-de-sac : aucun trouble des règles, aucun signe de grossesse. En somme, c'est la douleur, et la douleur sans caractères spéciaux, qui constitue ici, va dominer ailleurs toute la scène clinique. Les autres symptô-

mes sont si peu accusés qu'ils risquent d'échapper à un premier examen, paraissant même ne pas exister. Là, le diagnostic pourra errer de l'indigestion banale aux coliques néphrétiques, salpingiennes, à la torsion d'un organe abdominal à long pédicule et, dans les cas les plus graves, à la péritonite généralisée, à point de départ appendiculaire surtout.

La douleur, les nausées, les vomissements, en effet, peuvent, au début, en imposer pour une indigestion (Obs. 16) ; mais le doute ne reste pas longtemps permis et un deuxième examen aura vite fait de montrer l'erreur.

Il est classique de dire que la colique néphrétique, avec ses irradiations, peut laisser penser à une crise d'avortement tubaire. En fait, aucune de nos observations ne montre que ce diagnostic ait été soulevé. D'ailleurs, les anamnestiques, l'expulsion de graviers, les signes locaux donnent à la colique néphrétique une individualité bien tranchée.

De même, les coliques salpingiennes ont pour elles les antécédents, les poussées de pelvi-péritonite, les décharges purulentes et l'examen bactériologique des sécrétions vaginales.

Nous voulons, par contre, insister davantage sur les difficultés de diagnostic d'avec l'appendicite. Une de nos malades (Obs. 22) s'est présentée avec des douleurs de la fosse iliaque, sans accuser un trouble menstruel quelconque. Les antécédents montraient des crises antérieures semblables, si bien que, dans un premier temps, on fit une incision de Mac-Burney-Gosset pour l'appendicectomie. Cette erreur est faite

fréquemment (Obs. 8, 15, 22, 31, 35) ; dans l'Observation 15, le diagnostic fut cependant fait avant l'intervention : on se basa sur le retard des règles et l'ictus abdominal. C'est de même l'ictus abdominal qui fit réformer le diagnostic du médecin traitant, pour la malade de l'Observation 35. C'est un léger suintement sanguin survenu en dehors d'une période menstruelle qui, dans l'Observation 31, fit modifier le diagnostic. Il importe toutefois de ne pas attacher à ce signe une valeur absolue, car on sait que tout drame péritonéal est capable, à lui seul, de provoquer l'arrivée des règles. Dans l'appendicite, en général, l'orage péritonéal a une allure un peu différente. La douleur et le plastron sont plus haut situés au début et s'ils se généralisent ensuite, c'est le tableau de la péritonite diffuse dans sa première période de contracture que l'interrogatoire permet de rattacher à sa véritable cause. La malade a un faciès péritonéal, alors que le syndrome d'hémorragie interne, quelle que soit d'ailleurs la quantité de sang épanché, lui donne surtout un faciès de malade shockée ou anémiée, avec la pâleur des téguments et la décoloration des muqueuses. Il peut être dépisté, même quand il est masqué par quelques signes locaux de réaction péritonéale. Il est rare d'ailleurs que l'évolution suivie pendant quelques heures, dans les cas particulièrement difficiles, ne permette pas de faire le diagnostic. Il convient de remarquer qu'ici la température est un signe trompeur : nous avons, en effet, des ruptures de grossesse tubaire, s'accompagnant de température élevée (39°7 dans l'Obs. 27), et nous savons aussi

que les formes d'appendicite sans température sont loin d'être rares (Desvignes).

Dans d'autres cas, la douleur peut faire penser à la torsion d'un organe abdominal à long pédicule. Dans l'Observation 23, le diagnostic resta hésitant jusqu'à l'intervention, entre un kyste tordu de l'ovaire et un avortement tubaire. Nous avons présent à la mémoire l'observation d'une malade qui se plaignait, depuis un mois, de crises douloureuses abdominales vives, crises qui s'accompagnaient de pertes brun chocolat. L'abdomen présentait un ballonnement sous-ombilical, surtout marqué à droite : à ce niveau, il y avait de la matité, alors qu'à gauche on trouvait du tympanisme. Le toucher montrait une masse pelvi-hypogastrique droite, de contours assez nets, très douloureuse. Les culs-de-sac étaient libres, l'utérus ascensionné et déjeté à gauche. La malade avait des vomissements bilieux, un pouls rapide et un faciès péritonéal. C'est sur ce dernier signe, en même temps que sur l'absence de retard des règles et le résultat du toucher, que l'on fit le diagnostic, vérifié à l'intervention de kyste tordu. Keller a présenté, en février 1923, à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Strasbourg, deux cas de torsion de la trompe pris pour des avortements tubaires. On conçoit aisément la difficulté de tels diagnostics quand manquent à la fois les douleurs caractéristiques et les troubles mensuels.

*
* *

Il nous reste à envisager maintenant les cas où prédominent les troubles menstruels : ici ce sont les

ménorragies ou les métrorragies qui constituent au moins au début le tableau clinique ; en même temps la malade souffre un peu du bas-ventre, mais ce qui l'inquiète surtout, ce sont les pertes rouges. Cette forme tire donc son intérêt de la répétition des hémorragies et du peu de douleur qui les accompagne. Le diagnostic va alors s'égarer entre celui de petit utérus fibromateux et de troubles dysménorrhéiques des affections ovariennes, les métrorragies survenant au cours des salpingo-ovarites ayant une allure clinique bien spéciale.

La fibromatose interstitielle s'élimine assez vite. Il s'agit le plus souvent de femmes d'âge plus avancé, ayant déjà depuis quelque temps des irrégularités menstruelles. Si l'utérus a un peu augmenté de volume, il est en revanche, corps et col, très dur : sa mobilisation n'est pas douloureuse. Le toucher est par ailleurs négatif. Avec ces signes-là, on ne se laissera pas induire en erreur.

Les ovaires scléro-kystiques — surtout semble-t-il, les ovaires à petit kyste hématique — s'accompagnent très souvent de métrorragies abondantes (Jenneseaux). L'histoire de la maladie, la constatation d'une tumeur indolente, l'absence de signes utérins et de signes abdominaux permettent d'y songer et de repousser le diagnostic de grossesse tubaire.

*
* *

Il faudrait pour être complet examiner enfin les cas où la malade se présente avec des phénomènes qui

apparemment ne semblent pas relever d'une affection de la sphère génitale (température, troubles digestifs, signes d'occlusion). Ce n'est alors qu'au cours d'un examen complet que l'on découvre une masse juxta-utérine et c'est en cherchant à élucider le diagnostic de ces tumeurs qu'on peut s'orienter vers l'hypothèse de grossesse ectopique. Ici se pose le diagnostic entre une hématocele déjà ancienne et un pyosalpinx en voie de refroidissement. Ce diagnostic, pour être banal, n'en est pas moins utile à étudier car s'il est quelquefois facile, il devient dans certains cas extrêmement difficile à établir cliniquement. Il s'appuiera sur l'histoire de la malade, son passé abdominogénital, sur l'existence de crises douloureuses bien antérieures à l'affection actuelle. On se souviendra que la température n'est pas, ici non plus, un guide infaillible : aussi dans ces cas particulièrement difficiles, la ponction exploratrice à travers le cul-de-sac postérieur a été préconisée par certains auteurs et peut être d'un précieux concours.

Nous ne voulons pas insister davantage sur ces formes de grossesse tubaire où manquent à la fois les douleurs syncopales et le retard des règles. Ce sont des cas à symptomatologie trop aberrante où le diagnostic ne sera jamais posé avec certitude. Il nous suffit de dire qu'il faut toujours fouiller avec soin les antécédents de la malade par un interrogatoire très soigneux et que l'absence complète de symptomatologie antérieure sera en faveur d'un kyste ou d'une tumeur des annexes. D'ailleurs dans ces cas douteux, la conduite à tenir doit être univoque. Il ne

faut pas hésiter à proposer l'intervention chirurgicale : seule la laparotomie sous-ombilicale, en effet, peut trancher d'une façon certaine le diagnostic et mettre la malade à l'abri des accidents si graves qu'entraîne la grossesse extra-utérine ou bien la débarrasser d'un pyo-salpynx ou d'une tumeur annexielle contre lesquels la thérapeutique purement médicale demeure encore impuissante.

CHAPITRE III

Observations

OBSERVATION I

Mme B... Jeanne, 24 ans.

Très bonne santé antérieure.

Réglée à 11 ans, règles régulières, pas de pertes blanches.

Fausse couche de deux mois au début de son mariage : évacuation spontanée de l'œuf entier.

En juillet 1922, accouchement normal d'un enfant actuellement allaité au sein.

La malade nourrissant son enfant n'était pas réglée : elle n'a jamais eu de métrorragies.

Brusquement le 10 mars 1923, à 8 heures du matin, elle ressentit de vives douleurs dans le bas-ventre analogues à de très violentes coliques, suivies de tendances syncopeales. Elle fut immédiatement obligée de s'aliter, eut des vomissements bilieux. Dans l'après-midi, les douleurs conservèrent la même acuité et gagnèrent comme étendue la partie sus-ombilicale de l'abdomen, « les douleurs, dit la malade, sont allées en remontant vers l'estomac », au point qu'elle se fit mettre des ventouses sur la région hépatique.

La malade fit venir un médecin qui l'envoya immédiatement au Pavillon d'Urgence pour mise en observation et intervention le cas échéant.

A l'entrée (23 heures), malade offrant très nettement le tableau de l'hémorragie interne grave ; pâleur de la face, décoloration des muqueuses, légère cyanose des extrémités, P = 130, T = 38°. Faciès anxieux et agité. Abdomen un peu météorisé surtout dans sa moitié sous-ombilicale, douloureux

Le toucher montre un utérus un peu gros débordant le pubis de deux travers de doigt : le col est légèrement mou, entr'ouvert, admettant la pulpe de l'index. Les culs-de-sac sont rénitents : aucune collection n'y est perçue, seule la pression du Douglas est extrêmement douloureuse.

On fait le diagnostic de rupture tubaire et l'intervention immédiate fut aussitôt décidée.

A 24 heures (Docteur Muller) laparotomie sous-ombilicale médiane. L'abdomen contient environ un litre et demi de sang liquide. L'utérus est immédiatement extériorisé et l'examen des annexes montre une section complète de la trompe droite dans sa portion isthmique. Cautérisation unilatérale. Fermeture sans drainage.

Suites normales.

OBSERVATION II

Mme R... Henriette, 39 ans.

Malade envoyée à l'hôpital dans le Service du Docteur Dujol pour rupture de grossesse extra-utérine.

Pas d'antécédents pathologiques.

Deux accouchements antérieurs normaux avec enfant vivant.

La malade a eu ses dernières règles normales le 13 avril 1923.

Pas de règles à l'époque attendue en mai : elle eut seulement quelques pertes rouges qui ne durèrent que

deux jours et qui survinrent avec quatre rouges de retard. Le sang perdu fut de même coloration que celui des règles normales.

Le 18 juin, les règles surviennent à l'époque attendue, moins abondantes que de coutume, de coloration noirâtre, ne s'accompagnant d'aucun phénomène douloureux.

Le lendemain 19, à 10 heures du soir, à l'occasion d'un effort, la malade ressentit brusquement suivant son expression « craquer quelque chose dans le ventre ». Elle essaya néanmoins de vaquer à ses occupations, mais bientôt un malaise général, des vertiges, des tendances syncopales, des vomissements au moindre mouvement l'obligèrent à s'aliter. La malade commença alors seulement à souffrir : la douleur d'abord localisée au bas-ventre gagna progressivement tout l'abdomen. La malade dit pour dépeindre la situation que le mal « montait ». Ces douleurs s'accompagnèrent de ténésme vésical.

C'est alors que la malade fut envoyée à l'hôpital.

A l'entrée le 20, la malade est dans un état grave présentant tous les signes de l'inondation péritonéale. P = 140, T = 37°.

L'abdomen est douloureux partout, ballonné surtout dans la moitié sous-ombilicale.

Le toucher ne donne rien de net : seule la pression du cul-de-sac postérieur est très douloureuse. Le doigt ramène des pertes chocolat.

Pas de signes réflexes de grossesse.

L'intervention d'urgence est décidée (Docteur Dujol) : laparotomie sous-ombilicale médiane. Sang liquide en assez grande quantité dans le ventre. Rupture de grossesse tubaire droite au voisinage de la corne utérine. Castration unilatérale. Fermeture sans drainage.

Suites normales.

OBSERVATION III

Mme A... Eugénie, 30 ans.

Malade envoyée à l'hôpital dans le Service du Docteur Muller avec le diagnostic de péritonite, le 17 juin 1921.

Bonne santé antérieure.

Trois grossesses normales.

Dernières règles le 2 mai 1921.

Le mois suivant, apparition à la date attendue d'un écoulement sanguin très peu abondant, à peine quelques cuillerées de sang: il survint par la suite quelques pertes rouges auxquelles la malade ne prêta aucune attention.

Le 16 juin (la malade avait pris la veille une purgation), à 22 heures, la malade ressentit brusquement une douleur vive et intense, syncopale, qu'elle localisa à mi-distance de l'ombilic et du pubis, à deux travers de doigt à droite de la ligne médiane: elle eut immédiatement des vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux. Pendant la nuit, elle émit des urines, des matières et des gaz.

A l'entrée, malade au faciès pâle et anxieux. Le pouls radial n'est pas senti: la pointe est difficilement perceptible et bat à 130. Pas de température.

L'abdomen est fortement météorisé: une palpation même légère est partout très douloureuse.

Le toucher montre un col de multipare, légèrement ouvert, non ramolli. Tous les culs-de-sac sont rénitents et douloureux: la douleur est maxima quand on imprime un mouvement quelconque à l'utérus.

On fait le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue, mais l'état général de la malade est trop grave et ne permet pas une intervention. Malgré l'institution du traitement médical (tête basse, sérum intraveineux, toni-cardiaques, glace sur le ventre), la malade meurt trois heures après son entrée à l'hôpital.

Autopsie: abdomen absolument rempli de caillots. Sur la trompe droite, à un demi-centimètre de la corne utérine, se voit une perforation à l'emporte-pièce. L'utérus est un peu augmenté de volume. L'examen des autres organes est négatif.

OBSERVATION IV

Mme M... Eugénie, 36 ans.

Envoyée à l'hôpital avec le diagnostic de péritonite.

Les accidents abdominaux ont débuté la veille dans l'après-midi brusquement par une douleur aiguë, syncope, siégeant dans le bas-ventre, mais sans localisation nette. La malade s'est alitée immédiatement et a été prise de vomissements alimentaires et bilieux qui ne se sont pas reproduits dans la suite. Les douleurs abdominales ont persisté quoique moins vives et sont restées diffuses. Le ventre s'est ballonné progressivement : émission de quelques gaz, mais pas de matières.

La malade arrive à l'hôpital le 10 mars 1919, trente heures environ après le début des accidents. Son état est des plus alarmants : le faciès est pâle, un peu violacé cependant, donnant l'impression d'angoisse et de souffrance : la respiration est courte et rapide. T = 37°7, P = 120, de faible tension.

La malade déclare avoir eu ses dernières règles le 20 février, soit vingt jours avant l'entrée, normales de date, de durée et de quantité.

L'examen de l'abdomen montre un ballonnement général de moyenne intensité avec un peu de défense à la palpation, mais sans contracture véritable. La palpation est douloureuse surtout au niveau de la région hypogastrique, mais sans localisation franche ni tuméfaction ni plastron nets. Le toucher vaginal ne permet pas non plus de percevoir une tuméfaction refoulant les culs-de-sac postérieur ou latéraux ; on sent cependant à bout de doigt en arrière et à droite que le cul-de-sac n'est pas libre et que sans être distendu, il contient un épanchement diffus de consistance molle. Pas de modification de volume ni de consistance du col utérin. Pas de béance de l'orifice du col, Pas de métrorragies. Il est impossible par le palper et le toucher combinés de sentir le corps utérin non plus que les annexes.

Pas de signes réflexes de grossesse.

Le diagnostic porté est celui d'hématocèle diffuse par rupture de grossesse tubaire avec hémorragie se poursuivant et une intervention immédiate est décidée.

Le 10 mars, à 21 heures (Docteur Muller), laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine, sang liquide et caillots abondants entre les anses un peu météorisées. La main plonge dans le petit bassin à travers la masse sanguine, va saisir l'utérus et l'exteriorise. L'examen des annexes montre immédiatement à droite la trompe qui présente une large déchirure irrégulière située à sa partie moyenne. La trompe n'est pas distendue sensiblement et ne forme pas de tuméfaction appréciable. La déchirure longue de trois centimètres a un aspect déchiqueté : elle est comblée par des caillots et saigne encore un peu en nappe. Ablation des annexes droites après vérification des annexes gauches qui sont normales. Etant donné l'état très grave de la malade, on ne cherche pas à débarrasser le péritoine du sang répandu et dans l'idée que la résorption progressive de cet épanchement sanguin peut être utile à la reconstitution de la masse hématique circulante et au relèvement de l'état général, on suture complètement la paroi sans drainage.

Suites opératoires: nuit mauvaise. Le lendemain matin $T = 39^{\circ}$, $P = 130$, le ballonnement a augmenté.

Le soir $T = 39^{\circ}5$, $P = 140$, persistance des vomissements, accentuation du météorisme, absence de matières et de gaz, mauvais état général.

Mort le 12 mars, à 14 heures, soit trois jours après le début des accidents, avec le tableau de la péritonite diffuse. L'autopsie n'a pu être pratiquée.

OBSERVATION V

Mme P... Alice, 35 ans.

Rien à signaler dans les antécédents pathologiques de la malade.

Deux grossesses antérieures suivies l'une et l'autre d'un accouchement normal.

Le 28 juin 1920, la malade ne vit pas survenir ses règles alors qu'elle les avait auparavant à intervalles très réguliers. Par contre, huit jours après, elle eut des pertes séro-sanguinolentes peu abondantes qui persistèrent pendant une quinzaine de jours environ.

Le 25 juillet au matin, la malade est prise tout à coup de lipothymies, de nausées et de coliques irradiées dans tout l'abdomen, exacerbées par la moindre pression.

Un médecin consulté pense à un début de fausse couche. Par la suite, la malade continue à souffrir du ventre et à perdre avec des interruptions de courte durée. Les douleurs deviennent plus vives quand la malade va à la selle.

Le 17 août se place un deuxième épisode douloureux accompagné de vomissements et de syncopes. C'est alors que la malade est transportée à l'hôpital.

A l'entrée, état général satisfaisant : pas de signe d'anémie. T = 37°, P = 90. La palpation de l'abdomen est douloureuse surtout à droite. La palpation sous-ombilicale révèle une tuméfaction diffuse sans plastron net. Le toucher montre un col légèrement ramolli, repoussé en arrière et à peu près immobilisé.

Tous les culs-de-sac sont douloureux, tendus et rénitents.

Les seins sont augmentés de volume et la pression y fait sourdre un léger écoulement de colostrum. On fait le diagnostic d'avortement tubaire et on décide l'intervention.

21 août (Docteur Muller) : laparotomie médiane sous-ombilicale. Hématocèle diffuse faite de caillots et de sang liquide, non enkystée, à siège pelvi-hypogastrique et empiétant des deux côtés vers les fosses iliaques. L'utérus

a plus du double de son volume normal. La portion ampul-
laire de la trompe gauche est largement éclatée avec un
œuf intact de la grosseur d'une mandarine faisant saillie
dans le péritoine à travers la déchirure, mais adhérent
encore à la cavité tubaire par sa surface chorio-placen-
taire. L'enveloppe de l'œuf est intacte et sa transparence
laisse voir baignant dans le liquide amniotique un embryon
bien formé de trois mois environ.

Détersion des caillots. Salpingectomie unilatérale. Fer-
meture sans drainage.

Trois jours après l'intervention, expulsion par le vagin
d'une caduque utérine très nette et très bien moulée.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION VI

Mme B... Jeanne, 25 ans.

Il s'agit d'une malade ayant toujours joui d'une bonne
santé. Les règles surviennent le 8 novembre 1920 : elles
sont normales en qualité, en quantité et en durée. Fin
décembre, après un retard de quinze jours environ, la
malade se met à perdre et à souffrir du ventre : les dou-
leurs s'accompagnent d'une sensation de perte de con-
naissance.

Après des alternatives d'aggravation et d'amélioration
la malade se décide à entrer à l'hôpital le 4 janvier 1921.
Elle a un bon état général. La palpation abdominale révèle
la présence d'une masse au niveau de la fosse iliaque
gauche empiétant un peu sur l'hypogastre. Au toucher,
pas de modification du col. Le cul-de-sac gauche est
douloureux et est comblé par la masse sentie à la pal-
pation.

Le 19 janvier, on a l'impression très nette que cette
masse a augmenté de volume : elle remplit maintenant
le Douglas.

Pas de signes réflexes de grossesse. On fait le diagnostic d'hématocèle et on décide une intervention.

19 janvier 1921 (Docteur Muller) : laparotomie médiane sous-ombilicale. On tombe sur une hématocèle diffuse occupant la fosse iliaque gauche et comblant le Douglas. La trompe gauche est déchirée au niveau de sa portion ampullaire. Castration unilatérale gauche. Nettoyage du péritoine. Fermeture sans drainage.

Suites opératoires banales : la malade rentre guérie chez elle à la date du 31 janvier.

OBSERVATION VII

Mme M... Gabrielle, 25 ans.

Malade envoyée dans le Service du Docteur Viannay avec le diagnostic d'hématocèle.

Bonne santé antérieure. Une grossesse normale.

L'affection actuelle commence, il y a deux mois, sans trouble menstruel antérieur par des douleurs lombaires gauches très violentes obligeant la malade à s'aliter, s'accompagnant de tendances syncopales, de sueurs froides et de nausées. Ces douleurs ont apparu quinze jours après les règles normales : elles diminuent d'intensité tandis que s'installent des métrorragies peu abondantes mais continues.

La malade est examinée à l'hôpital le 22 mars 1923. Son état général est satisfaisant. Elle ne présente aucun signe réflexe de grossesse. Le palper abdominal montre l'existence d'une masse dure ayant la consistance du fibrome, occupant la fosse iliaque gauche, remontant à deux travers de doigt au-dessus d'une ligne horizontale passant par l'ombilie, émettant vers la fosse iliaque droite un petit prolongement qui lui donne l'apparence d'une masse bilobée. Au toucher le col mou, un peu entr'ouvert, est plaqué contre la symphyse. La masse sentie à la palpation semble

être le fond utérin : elle empiète sur la partie supérieure du cul-de-sac gauche et offre la même consistance ligneuse. Le Douglas est comblé par une masse fluctuante : le cul-de-sac droit est libre.

En position de Trendelenburg, les renseignements fournis par le palper combiné au toucher changent : le fond utérin n'est autre chose que le prolongement droit de la grosse masse perçue. Celle-ci est solide en haut, kystique en bas. Le toucher ramène du sang couleur sépia.

Le diagnostic d'hématocèle est maintenu.

10 avril 1923 (Docteur Viannay) : laparotomie médiane sous-ombilicale : on tombe sur une masse bleutée, rétro et surtout juxta-utérine gauche du volume de deux poings d'adulte, qui refoule l'utérus en avant et à droite et qui se coiffe en avant et à gauche du côlon pelvien. Clivage du côlon assez laborieux au cours duquel la paroi intestinale est endommagée et suturée aussitôt. Ablation d'une tumeur solide en haut (adhérences et sang coagulé), liquide en bas (sang rosé), qui remplit complètement le Douglas.

Castration unilatérale gauche. On met un gros drain qui plonge derrière l'utérus et ressort à la partie moyenne de l'incision. On laisse un crin d'attente qui est serré au bout de quarante-huit heures immédiatement après l'ablation du drain.

Suites normales.

OBSERVATION VIII

Mme T... Marie, 22 ans.

La malade entre dans le Service du Docteur Muller le 4 octobre 1922 pour des douleurs vives au niveau de la fosse iliaque droite (appendicite probable).

L'interrogatoire apprend que les règles de la malade ont été normales en quantité et en durée en juillet dernier. En août, elles surviennent avec cinq jours de retard, en

septembre avec dix jours : à partir de ce moment, s'installe une douleur sourde dans la fosse iliaque droite.

Brusquement, le 3 octobre, la malade ressent une douleur très vive dans la fosse iliaque droite s'accompagnant de vomissements et de syncopes qui se répètent au cours de la journée. Un docteur consulté pense à une appendicite et envoie d'urgence la malade à l'hôpital.

A l'entrée dans le Service, on est en présence d'une malade dont l'état général paraît bon. Le faciès est coloré, le pouls bien frappé, non rapide, la température normale. Au toucher, les culs-de-sac sont un peu rénitents, douloureux surtout à droite et en arrière : le col est normal, l'axe de l'utérus est oblique en haut et à gauche.

Il n'existe pas de signes réflexes de grossesse.

Les signes fonctionnels présentés par la malade s'amendant, on surseoit à l'intervention et on soumet la malade à une surveillance rigoureuse.

Le 6 octobre, à 6 heures du matin, les douleurs, à caractère nettement syncopal cette fois, ont repris la malade,

La face est pâle, les muqueuses décolorées, le pouls faible bat à 120 : la température reste normale. Au toucher les culs-de-sac sont douloureux mais plus spécialement le droit. Ce dernier est comblé par une masse molasse qui se délimite mal et envahit en partie le Douglas. Le doigt ramène du sang noirâtre couleur chocolat.

Le diagnostic de rupture de grossesse tubaire est posé.

6 octobre (Docteur Muller) : laparotomie médiane sous-ombilicale. Le péritoine est bleu par transparence et à son ouverture, s'écoule un peu de sang liquide. Des caillots occupent la fosse iliaque droite et le Douglas. Après leur détersion, on voit une rupture de la trompe droite dans sa portion isthmique : il y existe une cavité de la grosseur d'une petite noix. Salpingectomie droite. Fermeture sans drainage.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION IX

Mme J... Rosine, 28 ans.

La malade est hospitalisée dans le Service du Docteur Muller pour douleurs abdominales et métrorragies.

On ne signale rien de spécial dans les antécédents de la malade.

La malade fut réglée comme de coutume le 10 mars 1922.

En avril, les règles viennent avec neuf jours de retard, elles sont peu abondantes, durent deux jours au lieu de cinq ou six et présentent une coloration rosée. En même temps qu'apparaissent les règles, la malade ressent une violente douleur dans le côté droit de l'abdomen avec tendance syncopale.

Le 30 avril, le 4 mai, les 16 et 17 mai, la malade a des crises douloureuses analogues durant deux ou trois heures, calmées seulement par la morphine. Pendant chaque crise, elle a des envies impérieuses d'aller à la selle.

A l'entrée, la malade se présente avec un état général satisfaisant. La palpation sous-ombilicale est douloureuse surtout à droite. Le toucher montre un col assez dur, très légèrement entr'ouvert : le fond utérin est perçu à trois travers de doigt au-dessus du pubis. On découvre dans le cul-de-sac postérieur une masse rénitente très douloureuse au toucher. La palpation bi-manuelle réveille une vive douleur au niveau du cul-de-sac droit : la trompe de ce côté semble augmentée de volume.

On fait le diagnostic d'hématocèle.

18 mai (Docteur Muller) : intervention : on tombe sur une grossesse tubaire droite avec déchirure de la trompe près de l'ampoule. En enlevant les caillots qui remplissent le pelvis, on découvre un embryon d'environ un centimètre de long.

Castration unilatérale droite.

Suites normales.

OBSERVATION X

Mme G... Jeanne, 22 ans.

Il s'agit d'une malade opérée par le Docteur Muller pour rupture de grossesse tubaire le 13 mars 1922.

La malade n'a pas d'enfant ; elle signale deux fausses couches de quelques semaines.

L'histoire de l'affection est la suivante : la dernière période menstruelle normale date du 14 décembre 1921.

Le 30 décembre, la malade perd un peu de sang pendant deux jours sans présenter de douleurs abdominales. Dans le courant de janvier, elle souffre un peu du ventre d'une façon confuse sans crise douloureuse à proprement parler. Les règles de janvier sont absentes de même que celles de février.

Le 25 février, la patiente est prise d'une crise douloureuse violente à tendance syncopale en même temps qu'apparaît par le vagin un écoulement sanguin brunâtre. La crise dure trois à quatre jours et se calme : les pertes s'arrêtent. La malade reprend ses occupations.

La première semaine de mars se passe sans incidents bruyants. La douleur est peu intense et semble plus nette à gauche.

Le 7 mars, nouvelle crise douloureuse suivie de syncopes en même temps que les pertes apparaissent à nouveau.

La malade est envoyée à l'hôpital.

Le 11 mars, à l'examen, on trouve une masse diffuse, dans le flanc gauche, immédiatement au-dessus du pubis ; ses limites sont mal perçues à cause de la défense de la paroi. Au toucher, on perçoit dans le cul-de-sac gauche une tuméfaction mal limitée, non tendue, haut placée, ne plongeant ni dans le petit bassin ni dans le Douglas et semblant correspondre à la masse perçue par la main abdominale. Le col utérin est refoulée un peu à droite.

Les seins sont congestionnés et douloureux : la malade a des sensations de picotement à leur niveau. La pression ne fait pas sourdre de colostrum, mais au dire de la

malade elle en aurait noté dans le courant de février.
 $T = 37^{\circ}6$, $P = 100$.

On fait le diagnostic de grossesse tubaire gauche et la malade présentant dans la nuit du 12 au 13 une nouvelle crise douloureuse, on décide d'intervenir.

13 mars 1922 : laparotomie médiane sous-ombilicale. On trouve une hématoçèle diffuse constituée à la fois par des caillots sombres anciens et par des caillots rouges vifs ceux-ci au voisinage de la trompe gauche. La trompe est haut placée contre l'utérus immédiatement en arrière du pubis : elle présente dans sa portion isthmique une déchirure correspondant à un œuf inclus de la grosseur d'une mandarine environ. L'utérus est un peu augmenté de volume. Il existe de vieux caillots adhérents entre le pubis et l'utérus au-dessus de la vessie : le Douglas est peu profond et descend très peu dans le pelvis. Ablation de la trompe gauche. Nettoyage du péritoine et fermeture totale de la paroi.

Examen de la trompe : l'œuf s'est développé dans la portion isthmique. La déchirure est irrégulière, large comme une pièce de un franc. Dans la cavité de l'œuf un embryon de trois centimètres environ.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION XI

Mme P... Madeleine, 26 ans.

La malade entre dans le Service du Docteur Muller parce qu'elle se plaint de douleurs abdominales.

Dans les antécédents personnels de la malade, on note une ostéite de la hanche droite d'origine indéterminée.

Les dernières règles normales datent du 19 août 1923. Le 27 septembre la malade est prise brusquement d'une douleur abdominale vive sans délimitation très précise du siège initial. La douleur s'accompagne d'un état nauséux et dure deux ou trois heures. Le 30 septembre, apparition d'une nouvelle crise douloureuse, plus intense que la première, s'accompagnant de tendances syncopales. Dans

les jours qui suivent, la douleur persiste, atténuée, et se localise dans l'hypogastre. Il n'y a aucun incident à signaler, en particulier aucune perte vaginale.

La malade est hospitalisée le 9 octobre. A cette date, il s'agit d'une maade apyrétique, présentant un teint cireux, un peu subictérique, avec décoloration des muqueuses. Elle accuse une grande faiblesse, quelques vertiges et se plaint de douleurs abdominales légères.

A l'examen, le ventre est légèrement ballonné, douloureux au niveau de la fosse iliaque droite. Au toucher, les culs-de-sac sont libres, mais la pression au niveau des culs-de-sac droit et postérieur est douloureuse. Le fond utérin n'est pas perçu. Le toucher rectal révèle la présence d'une masse dans le Douglas qui paraît être le fond utérin.

Les seins ont augmenté de volume, mais ne présentent aucune coloration anormale et ne laissent pas sourdre de colostrum à la pression.

Le 12 octobre, la malade a des pertes rouges de coloration un peu plus foncée qu'à l'ordinaire et qui durent cinq jours comme les règles normales.

Le 18, on pratique un nouveau toucher qui ne décèle rien de plus que le précédent. On conseille à la malade de rentrer chez elle et on lui ordonne le traitement classique des salpingites.

Devant la persistance des phénomènes douloureux, la malade se fait à nouveau hospitaliser.

Le 3 novembre, on trouve, au toucher, le col utérin abaissé : on sent une masse comblant le cul-de-sac latéral droit et le Douglas. Le toucher est douloureux, particulièrement à droite.

On fait le diagnostic d'hématocèle.

6 novembre (Docteur Muller) : laparotomie médiane sous-ombilicale. Caillots dans le péritoine et le Douglas. Trompe droite dilacérée. Au milieu des caillots que l'on déterge, on découvre un embryon de deux mois et demi environ. Salpingectomie drotie, fermeture totale de la paroi.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION XII

Mme E... Aline, 28 ans.

Rien de spécial à signaler dans les antécédents de la malade.

Les dernières règles normales datent du 27 avril 1921.

Le 11 mai, apparition de coliques s'accompagnant de pertes rouges. Dans les jours qui suivent, persistance des métrorragies et des douleurs qui se localisent dans le côté gauche de l'abdomen. De plus elles présentent à deux ou trois reprises des exacerbations avec sensation de malaise général et de fendance à la syncope. Le 1^{er} juin, nouvelle crise douloureuse paroxystique. La douleur prédomine à gauche et s'accompagne d'angoisse extrême.

La malade est examinée le 2 juin: on a alors affaire à une malade au faciès pâle, anxieux, masque complexe de douleur et d'hémorragie interne. T = 37°2, P = 120.

Le ventre est légèrement météorisé: la palpation ne révèle pas de contracture de défense et ne laisse sentir aucune tuméfaction. Au toucher, le col est un peu entr'ouvert et le doigt perçoit dans le cul-de-sac gauche une masse diffuse, non rénitente. La malade a des pertes brun chocolat. Il existe une sensation de picotement au niveau des seins et leur expression ramène du colostrum.

Le diagnostic de rupture de grossesse tubaire est porté.

2 juin (Docteur Muller): laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine s'écoule environ un litre de sang noir liquide: le petit bassin est comblé par des caillots. La trompe gauche est déchirée au niveau de la région ampullaire avec, à ce niveau, un œuf ouvert, des dimensions d'une grosse noix, contenant un embryon de deux centimètres de long environ.

Castration unilatérale gauche. Fermeture totale de la paroi.

Suites opératoires sans incident.

OBSERVATION XIII

Mme J... Mathilde, 30 ans.

Pas d'antécédents pathologiques à signaler.

Dernières règles normales le 11 septembre 1921. Pas de règles en octobre. Première crise douloureuse le 29 octobre, durant quelques jours. La malade perd en rouge le 12 novembre : le sang est de couleur normale. Dès lors les crises douloureuses se répètent sans interruption.

La malade est examinée le 16 novembre : elle est pâle et anémiée, le pouls est rapide, la température normale. On sent par le toucher et le palper combinés une tuméfaction diffuse pelvi-hypogastrique plus perceptible à gauche vers la fosse iliaque qu'à droite.

Il n'y a pas de signes réflexes de grossesse. On porte le diagnostic de grossesse extra-utérine avec accidents d'avortement ou de rupture.

18 novembre (Docteur Muller) : laparotomie médiane sous-ombilicale. Hématocèle pelvi-abdominale en péritoine libre avec accumulation de caillots plus forte à gauche qu'à droite. C'est la trompe droite située dans la partie haute du pelvis qui est malade : elle est de la grosseur d'un œuf de poule au niveau de la portion ampullaire. Là on voit une déchirure du diamètre d'une pièce de un franc au niveau de l'insertion placentaire de l'œuf. Celui-ci atteignant la dimension d'une grosse noix est vide de son embryon, mais on découvre encore le vestige du cordon ombilical.

Ablation de la trompe et de l'ovaire droits. Fermeture totale sans drainage.

Suites normales.

OBSERVATION XIV

Mme P... Jeanne, 22 ans.

La malade entre le 4 août 1920 à l'hôpital pour des douleurs dans le bas-ventre : elle n'a cependant jamais présentée de crises douloureuses très violentes.

Bonne santé antérieure.

La malade réglée régulièrement jusqu'alors accuse un retard d'un mois. Elle n'a pas eu de métrorragies.

Elle se présente avec un état général floride. L'examen montre un peu de météorisme et de demi-contraction sous-ombilicale. Le toucher fait sentir dans le cul de sac latéral gauche une petite masse de la grosseur d'une mandarine, dont la pression est douloureuse. L'utérus est légèrement déjeté à droite, en rétroversion peu accentuée : il est un peu augmenté de volume.

Pas de signes réflexes de grossesse.

Le soir de l'entrée à l'hôpital, la malade présente une crise douloureuse plus forte sans avoir toutefois de tondances syncopales.

Le diagnostic de grossesse extra-utérine en voie d'avortement est posé.

5 août (Docteur Muller) : Laparatomie médiane sous-ombilicale. Le péritoine présente par transparence la teinte bleue violacée caractéristique des hématoécèles. Dès son ouverture, la main plonge dans le Douglas, extériorise l'utérus et les trompes. On constate alors qu'à sa portion ampullaire la trompe gauche est distendue, formant une tuméfaction du volume d'une mandarine. Elle ne présente pas de déchirure et ne saigne pas au moment de l'intervention. La quantité de sang liquide contenue dans le péritoine est évaluée approximativement à 200 ou 250 grammes. On pratique l'ablation des annexes gauches. La paroi est suturée sans drainage.

La tuméfaction tubaire se montre à la coupe constituée par des caillots et des villosités chorionales : on ne trouve pas d'embryon.

Depuis son opération, la malade a eu une grossesse qui a évolué sans incident. Elle a accouché normalement à terme d'un enfant actuellement vivant.

OBSERVATION XV

Mme C... Jeanne, 38 ans.

La malade est envoyée à l'hôpital avec le diagnostic d'appendicite le 7 juin 1913.

Elle n'a pas d'antécédents pathologiques. Elle a eu ses dernières règles le 14 mars. Depuis la cessation des règles elle est restée un mois et demi sans rien sentir de particulier au point de vue abdominal, elle a eu seulement des picotements des seins. Puis apparaissent des douleurs dans le bas-ventre, survenant par crises, irradiées surtout à droite, s'exagérant au moment des mictions et obligeant à deux ou trois reprises la malade à s'aliter. Il n'y a jamais eu de métrorragies.

Le 4 juin, au cours de son travail, la malade a été reprise de douleurs très vives dans le bas-ventre. Celles-ci étaient plus accusées du côté de la fosse iliaque droite mais ne revêtaient pas le type syncopal : elles s'accompagnaient de vomissements. La malade s'alita chez elle. Le lendemain il y eut une accalmie et les phénomènes douloureux reprirent deux jours après : la malade fut envoyée à l'hôpital.

A l'entrée, l'attention est immédiatement attirée sur le fait de l'arrêt des règles. La malade y insiste elle-même et a l'instinct d'attribuer ses accidents à sa grossesse. Les seins sont un peu congestionnés et la pression y fait sourdre du colostrum. A l'examen, toute la région hypogastrique est douloureuse avec prédominance à droite. Il n'y a pas de tuméfaction bien nette et bien définie : toute la région sous-ombilicale est en état de demi-défense et de demi-contraction. Au toucher vaginal, les

culs-de-sac ne bombent pas d'une façon évidente. Il n'y a pas de collection sous tension : seule, la pression du Douglas est très douloureuse.

L'état général est relativement bon. Le faciès est cependant un peu pâle, les muqueuses sont décolorées. $T = 37^{\circ}5$, $P = 120$ régulier, assez bien frappé.

On fait le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue et on décide d'intervenir immédiatement.

7 juin (Docteur Muller) : Laparatomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine, issue de caillots de couleur rouge sombre et noire : d'autres remplissent tout l'hypogastre et le petit bassin ; leur volume est approximativement évalué à 500 centimètres cubes. L'utérus est immédiatement saisi : il est de la grosseur d'une orange. Les annexes gauches sont saines, mais on voit immédiatement une augmentation de volume de la portion ampullaire de la trompe droite. A ce niveau la trompe présente une déchirure à contours irréguliers : elle est comme éclatée.

Ablation des annexes droites. On enlève les caillots et on ramène du Douglas un embryon ayant environ six centimètres de long avec un cordon intact qui le rattache à une petite masse placentaire large comme une pièce de 5 francs, mais de forme déchiquetée. Fermeture complète de la paroi.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION XVI

Mme D... Françoise, 31 ans.

La malade est envoyée à l'hôpital pour « douleurs dans le bas-ventre, suivies de nausées, dont le début remonte à huit jours environ. Contracture légère de la paroi de l'hypogastre droit. Salpingite droite au toucher. $T = 37^{\circ}2$, $P = 90''$.

La malade n'a pas d'antécédents pathologiques : elle a eu trois grossesses normales. Elle était réglée régu-

lièrement. Le 4 décembre les règles sont survenues avec un retard de six jours. La malade eut dans la journée un épisode douloureux sans signes abdominaux nets qualifié « indigestion ». Elle eut des vomissements et les règles s'arrêtèrent le jour même. La malade souffrit encore la quinzaine suivante sans avoir de pertes. Ce n'est qu'à partir du 9 janvier qu'elle constata l'apparition de métrorragies capricieuses variant d'un jour à l'autre. Elle s'alita complètement et les métrorragies cessèrent le 24 janvier. C'est devant la persistance des douleurs que la malade fut envoyée à l'hôpital.

A l'entrée, femme présentant un bon état général ; pas de température ; pouls à 90, bien frappé.

L'examen montre un peu de météorisme sous-ombilical et une ébauche de contracture de la fosse iliaque droite. Le toucher fait nettement percevoir une tumeur annexielle droite ; l'utérus est un peu augmenté de volume.

21 février : Un nouvel examen gynécologique montre que la tumeur juxta-utérine a considérablement augmenté de volume ; elle a presque doublé. La malade accuse des métrorragies intermittentes dont le début remonte à une huitaine de jours. Le sang perdu a une couleur rouge sombre.

Pas de signes réflexes de grossesse.

On porte le diagnostic de grossesse extra-utérine en voie d'avortement et on décide l'intervention.

23 février (Docteur Muller) : Laparotomie médiane sous-ombilicale. Hématocèle pelvi-hypogastrique droite en voie d'enkystement. Il y a déjà des adhérences solides entre la poche hématique et la dernière partie du grêle. Celles-ci libérées, on trouve la trompe droite considérablement distendue atteignant dans sa portion ampullaire le volume du poing ; elle ne présente pas de déchirure.

Castration unilatérale droite. Nettoyage du péritoine. Fermeture totale de la paroi.

Suites opératoires normales.

La malade, revue en juillet 1923 était enceinte de cinq mois ; la grossesse évoluait normalement.

OBSERVATION XVII

Mme B... Juliette, 35 ans.

La malade ne présente aucun passé pathologique. Elle est envoyée à l'hôpital pour troubles dysménorrhéiques et douleurs dans le bas-ventre le 19 juillet 1922. Les dernières règles normales datent du 15 mars. Le mois suivant, les règles surviennent avec dix jours de retard, mais sont normales comme quantité et comme durée. En mai, la malade ne voit pas ses époques. Elle présente, par contre, pendant tout le mois de juin un écoulement vaginal séro-sanguinolent. Le 15 elle a une première crise douloureuse abdominale qui l'oblige à rester alitée une quinzaine de jours. Ces douleurs étaient presque continues sous forme de coliques sans jamais s'accompagner de tendances syncopales. La malade recommence à vaquer à ses occupations au début de juillet ; à ce moment-là, elle ne souffre ni ne perd plus. Nouvel épisode douloureux le 12 juillet, en tous points semblable au précédent et qui motive l'envoi à l'hôpital de la malade. A l'entrée, malade apyrétique, pouls à 90, bon état général. L'abdomen est douloureux dans l'étage sous-ombilical : il est là à l'état de demi-contraction. Le toucher combiné au palper montre une masse diffuse justa-utérine pelvi-hypogastrique assez douloureuse à la pression, paraissant plus prononcée à gauche qu'à droite.

On fait le diagnostic d'hématocèle et on décide d'intervenir.

19 juillet (Docteur Muller) : Laparatomie médiane sous-ombilicale. On voit immédiatement au niveau de l'hypogastre et dans le pelvis une hématocèle diffuse peu abondante (200 grammes environ). On découvre à gauche un kyste de l'ovaire adhérent au bassin de la grosseur d'une orange. Les parois sont minces, se déchirent, au cours des manœuvres et laissent s'échapper du liquide hématisé. On fait une castration uni-latérale gauche.

De plus, la trompe droite présente au niveau de sa portion ampullaire une tuméfaction du volume d'un gros

œuf de pigeon ; à ce niveau elle est rouge et congestionnée. Du sang noirâtre s'écoule par le pavillon. On ne voit pas de déchirure tubaire. On procède à l'ablation de la portion ampullaire de la trompe ; on conserve l'ovaire droit et on fend en T l'extrémité sectionnée pour en faire un ostium abdominal.

Fermeture totale de la paroi.

Suites normales.

OBSERVATION XVIII

Mme C... Juliette, 29 ans.

La malade est entrée le 27 mars 1922 dans le Service de M. le Docteur Dujol, avec un météorisme abdominal généralisé, de l'arrêt des matières et des gaz. La malade a eu ses dernières règles le 5 janvier 1922 et paraît enceinte de deux mois et demi environ. Sa grossesse a évolué sans incident jusqu'à l'avant-veille de son entrée à l'hôpital, où la malade fut prise brusquement de douleurs abdominales diffuses, de ballonnement, d'arrêt des matières et des gaz, de vomissements. Aucune métrorragie depuis l'arrêt de ses règles. Devant la persistance des phénomènes d'occlusion, malgré des lavements, M. Dujol fit passer la malade en chirurgie, dans le service du Docteur Muller, le 28 mars. A ce moment, le météorisme abdominal généralisé empêche absolument de se rendre compte de la cause de cette occlusion. La palpation ne peut fournir aucune donnée. Le toucher vaginal ne donne rien de net non plus. La malade est apyrétique, le pouls est bon à 90 ; le facies l'est aussi. On décide d'attendre au lendemain pour pratiquer un anus, si les phénomènes d'occlusion persistent. Dans la soirée, sous l'influence d'un nouveau lavement donné dans l'après-midi, la malade va à la selle ; l'abdomen se déballonne très notablement, au point de permettre le lendemain, d'une part l'abstention opératoire immédiate, d'autre part un examen plus instructif que celui des jours précédents. On perçoit en effet à la palpation, assez vaguement d'ailleurs encore, une

certaine masse à limites imprécises dans la fosse iliaque gauche. On a l'impression qu'une tumeur juxta-utérine est la cause des accidents d'occlusion.

Le surlendemain, l'amélioration s'accroissant, la palpation abdominale devint encore plus facile et permit de sentir nettement avec le toucher combiné une masse abdomino-pelvienne dans la fosse iliaque gauche, plus grosse qu'un poing et nettement indépendante de l'utérus refoulé à droite. Le corps utérin était perceptible au-dessus du pubis, qu'il débordait légèrement, un peu augmenté de volume.

Le diagnostic fut alors celui de tumeur de l'ovaire (kyste probable) ayant déterminé, soit par des adhérences, soit par des phénomènes de torsion, les accidents d'occlusion qui avaient résumé à un moment donné le tableau clinique, l'augmentation de volume de l'utérus paraissait devoir être rattachée à un état gravide de cet organe. L'hypothèse de grossesse tubaire gauche fut émise, mais rejetée du fait de l'absence complète de pertes utérines.

L'intervention opératoire fut décidée et pratiquée le 3 avril (Docteur Muller). Elle permit, dès l'incision du péritoine, de constater qu'il s'agissait d'une grossesse tubaire. Dans le péritoine, existait une hématocele diffuse, non enkystée, de sang mi-liquide, mi-coagulé, la partie liquide de teinte rouge vif, la partie coagulée, plus ancienne, de teinte noirâtre. La partie liquide s'écoula dès l'incision du péritoine. Après la toilette du péritoine et la mise à l'écart des anses grêles, on vit la masse tubaire gauche, de la grosseur du poing, adhérente aux parois pelviennes et à l'S iliaque. Libération et ablation de la masse et de l'ovaire correspondant. L'examen montra l'absence de déchirure de la trompe gravide : l'hématocele était donc le résultat de l'écoulement du sang, par l'orifice tubo-abdominal de la trompe. La paroi tubaire incisée, de l'épaisseur d'un centimètre, montra un bel œuf avec embryon de 4 à 5 centimètres de longueur environ.

Fermeture sans drainage.

Suites normales.

OBSERVATION XIX

Mme P... Jeanne, 35 ans.

Malade envoyée dans le service du Docteur Dujol pour « douleurs abdominales violentes et pertes rouges ».

La malade a eu une bonne santé antérieure, sauf une pleurésie à l'âge de 16 ans. Elle a eu trois grossesses normales : un seul de ses enfants est mort à 15 mois de méningite.

Les dernières règles normales datent du 3 mars 1923 : comme à l'habitude, elles durèrent 3 à 4 jours. Le 18 avril seulement, soit après un retard d'une quinzaine de jours, la malade eut des pertes de couleur noirâtre qui ne durèrent qu'une demi-journée. Simultanément elle était prise de douleurs abdominales violentes siégeant surtout dans le bas-ventre, plus accusées à gauche : ces douleurs durèrent deux jours pendant lesquelles la malade resta alitée. Le 20, elle essaya de se lever, mais ne tarda pas à souffrir. Elle s'alita et eut dans la nuit de nouvelles pertes de même couleur que les précédentes. Elle fit venir un médecin qui pensa à un début de fausse-couche et fit la thérapeutique appropriée. Le 25, la malade eut à nouveau des pertes chocolat qui durèrent deux jours : dès lors, les phénomènes douloureux reprennent sans interruption et motivent, le 7 mai, l'envoi de la malade à l'hôpital.

A l'entrée, malade au teint pâle donnant nettement l'impression d'avoir saigné. T = 38°5 ; P = 120 de tension faible. Le ventre est ballonné, surtout dans la moitié sous-ombilicale : la palpation en est très douloureuse. Le toucher montre un col un peu mou, entr'ouvert : le fond utérin est senti à un travers de main au-dessus du pubis. Le Douglas est comblé par une masse molle qui se délimite mal et dont la pression est douloureuse.

Pas de signes réflexes de grossesse.

On fait le diagnostic d'hématocèle et on décide d'intervenir immédiatement.

7 mai (Docteur Dujol), laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine, il s'écoule du sang

liquide (200 grammes environ), le petit bassin est rempli de caillots cruoriques que l'on enlève à la compresse.

L'utérus est extériorisé et l'on voit une trompe gauche distendue dans sa portion ampullaire où elle atteint le volume d'une mandarine. Elle est très congestionnée : on n'y voit pas de déchirure mais, par contre, au moment de l'intervention, du sang noir s'écoule par le pavillon.

Castration unilatérale gauche. Fermeture sans drainage. Suites normales.

OBSERVATION XX

Mme M... Juliette, 29 ans.

La malade entre à l'hôpital dans le service du Docteur Arnaud, le 2 janvier 1923, pour des douleurs dans le bas-ventre. Elle n'a pas d'antécédents pathologiques.

L'affection actuelle a débuté le 18 décembre par des douleurs abdominales à forme de coliques violentes suivies de vomissements. La malade s'alita immédiatement. Simultanément elle eut des métrorragies de couleur rouge foncée alors qu'elle venait d'avoir un retard de règles de deux mois. Les phénomènes douloureux diminuèrent d'acuité sans toutefois disparaître complètement. Les pertes rouges persistèrent, continues et peu abondantes, jusqu'à l'admission de la malade à l'hôpital.

A l'entrée, la malade se présente avec un état général relativement bon : le teint est coloré. T. = 37°1; P. = 100. L'abdomen est ballonné, surtout dans la moitié sous-ombilicale : le palper même superficiel y est douloureux. Le toucher montre un col entr'ouvert, ramolli, plaqué sous la symphyse : le corps utérin un peu gros semble en antéversion. Le Douglas est comblé par une masse assez dure. Le palper combiné au toucher montre que cette masse remplit tout le petit bassin en remontant cependant plus haut à gauche qu'à droite. La douleur et la contracture empêchent de lui assigner des limites précises.

La malade accuse des signes nets de ténésme rectal.
Pas de signes réflexes de grossesse.

On fait le diagnostic d'hématocèle et on décide l'intervention.

3 janvier (Docteur Arnaud): laparotomie médiane sous-ombilicale. Peu de sang liquide dans le péritoine: on découvre une hématocèle assez volumineuse en voie d'organisation adhérent déjà fortement à l'S iliaque et aux parois pelviennes.

Castration unilatérale gauche.

Suites normales.

L'examen de la pièce montre qu'il s'agit d'un avortement tubaire gauche.

OBSERVATION XXI

Mme C... Jeanne, 30 ans.

La malade est envoyée à l'hôpital le 18 mai 1923 pour des douleurs dans le bas-ventre.

La malade n'a pas de passé pathologique. Elle a été réglée à 13 ans et a eu trois enfants. Elle se plaint seulement d'avoir des pertes blanches assez abondantes.

Les dernières règles normales datent du début de mars.

La malade n'a pas eu ses règles à l'époque attendue en avril: elle a souffert du ventre à la fin de ce mois en même temps que sont survenues quelques pertes rouges peu abondantes: elle perd encore actuellement. Les douleurs affectaient la forme de coliques et siégeaient surtout dans la fosse iliaque droite.

A l'entrée, on se trouve en présence d'une malade un peu anémiée, subictérique, donnant l'impression d'avoir saigné. T. = 38°5. P. = 110. Le toucher montre un col de consistance normale: le cul-de-sac droit est occupé par une masse rénitente de la grosseur d'une orange douloureuse à la pression.

Pas de signes réflexes de grossesse.

On fait le diagnostic d'hématocèle et on décide l'intervention.

20 mai (Docteur Maurel) : laparotomie médiane sous-ombilicale. On ne constate la présence de quelques caillots rouges que dans le Douglas. La trompe droite est considérablement distendue, atteignant le volume montré par le toucher. On ne voit pas de déchirure sur la paroi tubaire.

Castration unilatérale droite sans incident.

Fermeture de la paroi sans drainage.

Suites normales.

OBSERVATION XXII

Mme F... Anfoinette, 25 ans.

La malade est hospitalisée dans le service du Docteur Muller, avec le diagnostic d'appendicite le 6 mai 1921.

La malade signale deux crises appendiculaires antérieures, dont la dernière aurait eu lieu en 1919.

L'affection actuelle a débuté le 2 mai par des douleurs au niveau de la fosse iliaque droite, d'intensité modérée n'obligeant pas la malade à s'aliter. Dans la nuit du 5 au 6, il y eut un épisode douloureux beaucoup plus violent, toujours localisé dans la fosse iliaque droite; la malade fut alors envoyée à l'hôpital.

A l'entrée, on se trouve en présence d'une femme dont l'état général est relativement bon. Elle souffre moins que dans la nuit. Le pouls bat à 110, la température n'a pas été prise. L'abdomen est un peu météorisé: on sent une grosse tuméfaction dans la fosse iliaque droite. Le toucher vaginal est à peu près complètement négatif, le cul-de-sac droit seul est un peu douloureux.

L'interrogatoire apprend que la malade n'a eu aucun trouble des règles. Les périodes menstruelles de mars et avril sont venues aux dates prévues et ont été absolument normales.

On fait le diagnostic d'appendicite et on décide d'intervenir.

7 mai (Docteur Muller) : Incision de Mac-Burney-Gosset; à l'ouverture du péritoine, il s'écoule du sang liquide noir montrant qu'il s'agit d'une hématoçèle. On ferme l'incision iliaque et on fait une laparotomie médiane sous-ombilicale. Le petit bassin contient du sang liquide, ainsi que la fosse iliaque droite. On l'éponge et on constate qu'il s'agit d'une lésion tubaire droite : un gros caillot noir, solide, de la grosseur d'une mandarine s'échappe de la trompe et recouvre l'ovaire droit normal. Ablation des annexes droites. Fermeture sans drainage. Suites normales.

La trompe est intacte extérieurement. Elle est même peu distendue, du calibre de l'index au niveau de la portion ampullaire, d'un crayon au niveau de la portion isthmique; on ne trouve pas trace d'embryon ni de chorion, elle contient seulement du sang liquide et coagulé.

D'autre part, il faut noter que la portion ampullaire de la trompe était fixée par une adhérence cordiforme à la fin de l'iléon (très probablement reliquat des poussées d'appendicite dont parle la malade) et qui maintenait la portion ampullaire et le pavillon au niveau du détroit supérieur. On s'explique ainsi que l'hématoçèle se soit produite dans la fosse iliaque droite en imposant pour une appendicite.

OBSERVATION XXIII

Mme M... Marie-Louise, 31 ans.

La malade est hospitalisée dans le service du Docteur Muller pour des métrorragies continues accompagnées de douleurs abdominales.

L'interrogatoire ne révèle rien d'important dans les antécédents de la malade.

Les règles ont été normales en avril 1921. Le 15 mai, la malade voit à nouveau ses règles et celles-ci se prolongent jusqu'à son entrée à l'hôpital. Depuis le 21 juin,

elle présente en outre des crises douloureuses à répétition, mais de peu d'intensité, ne s'accompagnant pas de malaise général ou de tendance syncopale. Elle entre alors à l'hôpital.

A l'examen, malade se présentant avec un bon état général. La palpation abdominale est un peu douloureuse dans la moitié sous-ombilicale. Le toucher vaginal révèle l'existence d'une masse dure, assez mobile, peu douloureuse, située dans la partie haute du cul-de-sac latéral gauche.

On pense soit à un kyste tordu de l'ovaire, soit à une grossesse tubaire gauche et on décide d'intervenir immédiatement.

23 juin (Docteur Muller) : laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture, on trouve une hématoécèle diffuse faite d'un peu de sang liquide et de quelques caillots. Après détersion des caillots, on tombe sur un hématosalpinx gauche sans rupture. La trompe est de la grosseur d'un œuf de dinde avec l'ostium abdominale perméable laissant s'écouler du sang. L'ovaire du même côté est scléro-kystique, des dimensions d'une petite mandarine.

Ablation des annexes gauches et fermeture sans drainage. Les suites abdominales ont été simples, mais la malade a eu une congestion pulmonaire et une légère phlébite gauche qui évoluèrent sans complications.

OBSERVATION XXIV

Mme R... Claudine, 25 ans.

La malade est envoyée dans le service du Docteur Muller pour métrorragies abondantes.

Aucune affection grave à signaler dans ses antécédents. La malade a eu ses dernières règles normales le 9 février 1920. Le 19 du même mois, elle présente des pertes abondantes avec des caillots qui se prolongent 8 jours. Le 8 mars, elle est à nouveau réglée : elle présente en outre un état fébrile et des douleurs abdominales

prédominantes à gauche. Elle est alors hospitalisée dans un service de médecine générale avec le diagnostic « entérite et phénomène fébriles ». Le 19 mars, elle a une métorrhagie précédée de l'émission d'un liquide brunâtre, contenant quelques caillots. Dans la soirée du même jour, elle ressent une douleur brusquée en coup de poignard s'accompagnant de vertiges.

On fait passer la malade dans un service de chirurgie et là un toucher montre que les culs-de-sac sont libres mais douloureux. La douleur est maxima quand on mobilise l'utérus ou qu'on appuie sur le Douglas. Le doigt ramène des pertes brunâtres.

Pas de signes réflexes de grossesse.

On fait le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue et on décide d'intervenir.

20 mars (Docteur Muller) : laparotomie médiane sous-ombilicale. On trouve du sang liquide en assez grande quantité dans tout le pelvis. La trompe gauche augmentée de volume est rompue au niveau de son insertion utérine et saigne par la tranche de section, au moment de l'intervention.

Salpingectomie gauche. Fermeture de la paroi sans drainage.

Suites normales.

OBSERVATION XXV

Mme P... Rosine, 23 ans.

La malade entre dans le service du Docteur Muller pour douleurs abdominales le 26 juillet 1921.

Aucun antécédent pathologique à signaler.

La malade a accouché normalement le 28 janvier et a son retour de couches le 12 mars. Les règles suivantes arrivent au moment attendu, mais ne durent que trois jours au lieu de huit comme à l'habitude. Le 23 avril, apparition de coliques et de douleurs dans la région lombaire s'accompagnant d'un état de malaise général avec

frissons, céphalées et vertiges. Du 27 avril au 19 mai, pertes abondantes de sang rouge contenant à peine quelques caillots. Le 26 juin, nouvelles métrorragies intermittentes mais durant jusqu'à l'entrée de la malade dans le service. En même temps, la malade ressent un point douloureux dans le côté gauche de l'abdomen : la douleur se généralise ensuite progressivement.

A l'entrée, malade ayant un état général médiocre. T = 39°9 ; P = 120, bien frappé. L'abdomen est tendu, surtout dans sa moitié droite, météorisé, très douloureux à la palpation, surtout un peu au-dessous du point de MacBurney. Le toucher vaginal est également très douloureux et montre un col utérin mou, légèrement entr'ouvert. Le Douglas est comblé par une masse rénitente que la douleur empêche de délimiter.

On fait le diagnostic d'hématocèle et on décide d'intervenir d'urgence.

26 juillet (Docteur Muller) : laparotomie médiane sous-ombilicale. On trouve une quantité abondante de caillots dans le cavum rétro-utérin et du sang rouge liquide dans l'espace anté-utérin. La trompe droite est rompue sur toute sa longueur depuis le pavillon jusqu'à l'isthme. L'hémorragie continue encore par la brèche tubaire.

Ablation des annexes droites. Fermeture sans drainage. Suites normales.

OBSERVATION XXVI

Mme B... Adèle, 28 ans.

La malade est envoyée à l'hôpital dans le service du Docteur Muller pour des douleurs abdominales et des pertes rouges.

Elle n'a pas d'antécédents pathologiques. Elle souffre du bas-ventre depuis le 4 août 1923, époque à laquelle ont eu lieu les dernières règles normales. Par la suite, les douleurs persistent sous forme de coliques, surtout dans le côté droit de l'abdomen en même temps qu'ap-

paraissent des métrorragies intermittentes. Le 15 août la malade se fait examiner et la palpation de l'abdomen permet de sentir une légère résistance de la paroi dans la région pelvi-hypogastrique droite. Le toucher est négatif.

A un nouvel examen pratiqué vers la fin août, on trouve une grosse masse fluctuante remontant surtout à droite et sur la ligne médiane jusque sous l'ombilic, plongeant d'autre part dans le petit bassin. Le toucher vaginal montre que cette masse occupe tout le cul-de-sac droit, envahit en partie le Douglas et rejète à gauche l'utérus. Le col est mou, légèrement entr'ouvert.

On fait le diagnostic d'hématocèle.

2 septembre (Docteur Muller): laparotomie médiane sous-ombilicale. On tombe sur une grosse hématocèle enkystée remplie de caillots, la plupart récents, quelques-uns blanchâtres et fibrineux. La trompe droite grosse comme une orange est distendue par des caillots: elle ne présente ni fissure, ni déchirure.

Ablation des annexes droites. Fermeture sans drainage. Suites normales.

L'examen de la pièce montre que la trompe enlevée est distendue par des caillots rouge sombre. Elle ne présente pas de fissuration, mais l'orifice abdominal est dilaté, atteignant presque le diamètre d'une pièce de cinquante centimes. L'ovaire droit est plongé dans une gangue d'adhérences. Il est impossible de trouver l'œuf soit dans la trompe, soit dans les caillots. L'examen histologique d'un fragment de la trompe laisse voir à côté d'un gros caillot fibrineux l'existence de villosités choriales qui permettent la vérification histologique du diagnostic clinique.

OBSERVATION XXVII

Mme F... Joséphine, 30 ans.

La malade est envoyée le 15 février 1919 avec le diagnostic d'occlusion intestinale.

Le 3 février, apparition d'une crise abdominale très aiguë, non syncopale, accompagnée de vomissements. Le lendemain matin, les vomissements cessent, la douleur abdominale disparaît : tout rentre dans l'ordre. Le 14 février, la malade est prise à nouveau d'une douleur aussi brusque et de mêmes caractères. Les vomissements reprennent plus abondants : un médecin consulté fait le diagnostic d'occlusion intestinale aiguë et envoie la malade à l'hôpital. A l'entrée, la malade présente un facies pâle, légèrement violacé. T. = 37°8; P. = 110. Elle souffre du ventre d'une manière diffuse et surtout dans la région sous-ombilicale. Interrogée sur ses dernières règles, elle dit les avoir eues le 16 janvier à leur date normale et qu'elles n'ont présenté aucune particularité ni dans leur durée, ni dans leur coloration.

L'examen objectif de l'abdomen montre un léger météorisme généralisé : la palpation est douloureuse, surtout dans la région sous-ombilicale gauche. La paroi ne se laisse pas déprimer, mais ne présente pas une contraction de défense aussi accusée que dans le cas de péritonite franche : il n'existe ni plastron, ni tuméfaction localisés.

Le toucher vaginal ne décèle pas de refoulement des culs-de-sac. Il n'y a pas de modification du col. Le toucher est donc négatif au sujet d'une collection pelvienne sanguine ou autre. Il n'y a aucun écoulement vaginal.

La malade est laissée en observation. Mais dans la soirée, l'état général s'aggrave nettement. T. = 39°7; P. = 140. Le ballonnement s'accroît.

En présence de ces signes alarmants, on décide d'intervenir d'urgence sans avoir fait de diagnostic précis, mais avec la pensée, étant donnée la température, qu'il s'agit plutôt d'une péritonite de cause indéterminée.

15 février (Docteur Muller) : laparotomie médiane sous-ombilicale. Dès l'arrivée sur le péritoine la teinte violacée

sous-jacente montre qu'il s'agit d'une hématoecèle: en effet, on trouve épanché d'une façon diffuse dans le péritoine, en assez grande quantité, du sang liquide mêlé à des caillots. On trouve la trompe droite peu augmentée de volume présentant à sa partie moyenne une déchirure circulaire du diamètre d'une pièce de cinquante centimes. A son niveau, la muqueuse de la cavité tubaire fait une légère hernie: La déchirure est le siège d'une hémorragie par petites saccades de sang rouge.

Ablation des annexes droites. Fermeture de la paroi sans drainage, après avoir nettoyé le péritoine du sang qu'il contient.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION XXVIII

Mme F... Joséphine, 31 ans.

Entre à l'hôpital pour des douleurs abdominales et des pertes rouges le 7 juin 1922.

Rien à signaler dans ses antécédents.

La malade a eu quatre enfants. La malade a nourri jusqu'à fin mai son dernier né âgé actuellement de 14 mois. Les règles ne sont pas revenues depuis son accouchement.

Vers la fin mai, apparition de pertes séro-sanguinolentes sans caillots qui durent huit jours et s'arrêtent spontanément.

La malade veut sevrer son enfant: elle prend une purgation et ressent des douleurs abdominales violentes sans pouvoir aller à la selle. Quelques jours après, elle a de nouvelles pertes abondantes qui ne durent qu'un jour. Après un laps de temps que la malade ne peut préciser, de nouvelles douleurs abdominales intenses réapparaissent. Un médecin consulté l'envoie immédiatement à l'hôpital.

A son entrée, la malade présente un facies pâle, jaunâtre; elle n'a pas de température. Le ventre est ballonné, il est douloureux à la palpation. Le toucher vaginal révèle un col légèrement entr'ouvert, non ramolli. Les culs-de-sac, surtout le Douglas, sont un peu douloureux à la pression, mais nulle part on ne sent de collection.

Pas de signes réflexes de grossesse.

On fait le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue et on décide d'intervenir.

9 juin (Docteur Muller): laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine, on tombe sur un épanchement sanguin abondant, emplissant la grande cavité, formé surtout de gros caillots. La trompe droite est augmentée de volume, congestionnée: elle porte à sa portion ampullaire une large déchirure par où sort un embryon de cinq centimètres environ, encore rattaché à la cavité tubaire par le cordon.

Ablation de la trompe et de l'ovaire droits. Déterision du petit bassin des nombreux caillots qu'il contient.

Fermeture sans drainage.

Suites normales.

OBSERVATION XXIX

Mme P... Marguerite, 29 ans.

La malade entre dans le service du Docteur Muller pour métrorragies et douleurs abdominales le 9 juillet 1922. Depuis 1920, la malade accuse souvent des sensations de douleurs dans le bas-ventre: elle a de plus des pertes blanches très abondantes.

Le 4 mai, les règles de la malade sont très abondantes, de coloration normale, mais ne durent que deux jours au lieu de 5 ou 6 comme d'habitude. Le 10 juin, la malade voit à nouveau ses règles: depuis elle perd peu, mais presque continuellement, et les pertes sont précédées de douleurs lancinantes siégeant surtout à droite. A deux

reprises différentes, le 28 juin et le 7 juillet, les douleurs prennent une intensité telle qu'elles obligent la malade à s'aliter. C'est alors qu'elle se fait hospitaliser.

A l'entrée il s'agit d'une femme ayant un bon état général. T. = 37°; P. = 90. L'abdomen est souple: la pression de la fosse iliaque droite est seule un peu douloureuse.

Au toucher, le corps utérin est en antéversion, un peu augmenté de volume: son axe est oblique en haut et à droite. Le col est un peu mou et entr'ouvert. Le cul-de-sac droit est effacé. Le cul-de-sac gauche paraît agrandi: il est souple, non douloureux, mais le palper combiné au toucher permet d'y sentir une masse de la grosseur d'une mandarine.

Les seins laissent sourdre à la pression du colostrum. On porte le diagnostic de grossesse extra-utérine gauche après avoir discuté et rejeté celui de métrite-salpingite.

10 juillet (Docteur Muller): laparotomie médiane sous-ombilicale. On voit immédiatement des caillots à travers le péritoine, la trompe gravidique est la droite: au niveau de son tiers moyen, elle est repliée et adhérente à la face postérieure de l'utérus, expliquant ainsi les douleurs et l'antéversion utérine. Du côté gauche, la masse perçue à l'examen clinique et qui déviait l'utérus à droite est formée par des caillots en voie d'organisation unissant l'S iliaque et le haut rectum.

Ablation de la trompe et de l'ovaire droits: Ligature et enfouissement des pédicules. Suture totale de la paroi. Suites normales.

L'examen de la pièce fait avec beaucoup de soin ne montre ni embryon, ni déchirure. La trompe ne renferme que des caillots. Il est très vraisemblable qu'il s'agit d'un avortement tubo-péritonéal.

OBSERVATION XXX

Mme V... Catherine, 22 ans.

Il s'agit d'une malade qui entre dans le service du Docteur Muller, le 4 août. 1922, pour des pertes rouges et accessoirement des douleurs abdominales datant de deux mois.

Les dernières règles normales datent de juin. A partir de ce moment, la malade a des pertes rouges, irrégulières quant à leur apparition, leur durée et leur quantité. De plus, elle ressent des douleurs vagues (pesanteur, tiraillement) dans le bas-ventre, mais les douleurs ne sont jamais assez fortes pour empêcher la malade de vaquer à ses occupations.

A l'entrée, la malade a un bon état général et ne présente aucun signe réflexe de grossesse. On note un peu d'empatement diffus et douloureux de l'hypogastre et du bas des fosses iliaques. Au toucher, le col est conique et un peu entr'ouvert. Il existe tout autour de l'utérus un empatement sans limites nettes. Le Douglas ne bombe pas. On ne trouve aucune masse dans les culs-de-sac latéraux. Le toucher est douloureux. On pose le diagnostic de grossesse extra-utérine en voie d'avortement.

7 août (Docteur Muller) : laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine, le petit bassin apparaît comblé par une masse diffuse constituée par du sang liquide, des caillots, les annexes, l'épiploon et l'S iliaque, le tout adhérent au niveau du détroit supérieur. Libération des annexes droites qui sont simplement adhérentes et ne présentent pas de lésions. On nettoie le petit bassin du sang épanché. On voit alors que c'est la trompe gauche qui est malade: elle atteint le volume d'un gros œuf au niveau de sa portion ampullaire. Elle est rongée et déchirée nettement à ce niveau. Le pavillon est fermé et adhérent à l'ovaire.

Ablation des annexes gauches. Fermeture sans drainage.

OBSERVATION XXXI

Mme J... Jeanne, 30 ans.

Il s'agit d'une jeune femme entrée dans le service du Docteur Viannay, avec le diagnostic d'appendicite le 13 novembre 1922, huit heures après le début des accidents.

La malade a été prise ce même jour, à 4 heures du matin, d'une douleur abdominale violente dans la fosse iliaque droite avec état nauséeux. Un médecin consulté envoie immédiatement la malade à l'hôpital.

A l'entrée, on est frappé par la pâleur de la malade.

P. = 90; T. = 37°2. La palpation de toute la région sous-ombilicale est également douloureuse. Au toucher vaginal, les culs-de-sac sont tous douloureux: la douleur est maxima quand on mobilise l'utérus ou qu'on appuie sur le Douglas. Il existe un écoulement sanguinolent bien que la malade ne soit pas en période menstruelle: l'interrogatoire ne décèle aucun arrêt ni retard dans les règles. Malgré cela, en raison de la pâleur de la malade et du léger écoulement vaginal, le Docteur Viannay pose le diagnostic de grossesse tubaire rompue et décide d'intervenir immédiatement.

13 novembre (Docteur Viannay): laparotomie médiane sous-ombilicale. Un litre environ de sang liquide et coagulé dans le péritoine. Le fond utérin est aussitôt saisi et extériorisé. Sur la partie moyenne de la trompe droite existe un renflement gros comme une noix qui porte une petite déchirure par laquelle s'écoule du sang rouge. Ablation de l'ovaire et de la trompe droite. Toilette du péritoine. Suture de la paroi sans drainage.

Suites normales.

OBSERVATION XXXII

La malade est envoyée au Docteur Muller pour métrorragies et douleurs abdominales.

Rien à signaler dans les antécédents.

En avril, les règles ont été normales en tant que durée, quantité et couleur. Au début de mai, l'écoulement menstruel apparaît à la date prévue, mais au lieu de s'arrêter, il continue pendant tout le mois et est formé d'un sang rouge noir. Le 20 mai, la malade, qui jusque-là, n'avait pas souffert, est prise d'une crise douloureuse abdominale peu intense, localisée surtout à gauche. Ces crises se répètent à intervalles rapprochés (25 mai, 28 mai, 1 et 2 juin) et vont en augmentant d'intensité : elles ne s'accompagnent pas de tendance syncopale.

Le Docteur Muller voit la malade le 4 juin 1923. A ce moment, la douleur abdominale a disparu. La malade continue à perdre modérément du sang rouge noir. Son état général est excellent, elle a le teint coloré : Le pouls est régulier à 75, il n'y a pas de température. La palpation révèle une douleur nette dans la moitié gauche de l'hypogastre : on ne sent pas de tuméfaction à ce niveau. Au toucher vaginal, il n'y a qu'un peu de douleur à la pression du cul-de-sac gauche.

Pas de signes réflexes de grossesse.

5 juin (Docteur Muller) : laparotomie médiane sous-ombilicale. Il s'agit d'une grossesse tubaire gauche avec avortement péritonéal sans déchirure des parois de la trompe. Celle-ci est distendue par des caillots et est de la grosseur d'une amande verte : au niveau du pavillon sort un caillot noirâtre qui y forme champignon. Il y a une grosse poignée de caillots, rouges dans le péritoine, noirs dans le petit bassin.

Castration unilatérale gauche. Fermeture sans drainage. Suites normales.

OBSERVATION XXXIII

Mme C... Yvonne, 24 ans.

La malade est adressée au Docteur Muller pour grossesse extra-utérine probable.

Elle n'a pas d'antécédents pathologiques.

La dernière période menstruelle normale va du 23 au 29 mai 1923. Cinq jours après, la malade ressent sa première douleur pelvi-abdominale gauche en même temps qu'elle se met à perdre en rouge modérément. Dans les jours qui suivent, les pertes continuent et les crises douloureuses se répètent plus ou moins fortes: à noter toutefois une accalmie de dix jours pendant laquelle la malade reprend son travail à l'usine.

Le Docteur Muller est appelé le 25 juin, trois jours après une crise douloureuse plus violente que les précédentes. A ce moment, l'état général de la malade est médiocre: Le pouls est à 130. La palpation abdominale révèle une douleur dans la région pelvi-iliaque gauche et permet de sentir une tuméfaction nette à ce niveau. Le toucher montre que le cul-de-sac gauche et le Douglas sont envahis par une masse molle, qui est très douloureuse à la pression.

On fait le diagnostic d'hématocèle et on décide d'intervenir immédiatement.

25 juin (Docteur Muller): laparotomie médiane sous-ombilicale. On trouve une assez grande quantité de sang liquide noir dans le péritoine: le petit bassin est rempli de caillots. On découvre une tuméfaction ovaro-tubaire gauche plongeant dans le petit bassin et constituée par un petit kyste de l'ovaire à liquide citrin gros comme une mandarine et la trompe gauche qui est éclatée dans sa portion ampullaire. La déchirure est comblée par un caillot noirâtre, consistant, assez volumineux: à la coupe de celui-ci, on trouve une cavité de la grosseur d'une petite noisette à parois lisse, renfermant un minuscule embryon.

Ablation des annexes gauches. Nettoyage du péritoine.

Fermeture sans drainage.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION XXXIV

Mme C... Jeanne, 23 ans.

Entre dans le service du docteur Viannay le 15 décembre 1923 pour des pertes rouges et des douleurs abdominales datant d'un mois environ.

Bonne santé habituelle : la malade dit être réglée de façon régulière.

Les dernières règles normales datent du 7 octobre.

Le 7 novembre, la malade a des pertes qui, au lieu de durer un ou deux jours comme de coutume, se prolongent et persistent jusqu'à son entrée à l'hôpital. Au début, les pertes étaient rosées : elles sont devenues ensuite rouges, mais n'ont jamais présenté la teinte chocolat. A deux reprises, le 8 et le 13 décembre, la malade ressent une douleur très vive dans la fosse iliaque gauche : la deuxième crise semble avoir été plus intense, elle s'est accompagnée de vomissements : il n'y a pas eu de tendance syncopale toutefois.

A l'entrée, on est en présence d'une malade dont l'état général est bon. L'abdomen est souple, un peu douloureux à la palpation au niveau de la fosse iliaque gauche seulement, sans que l'on perçoive de tuméfaction à ce niveau. Au toucher, l'utérus n'est pas augmenté de volume : il est dévié à droite. Le col est dur, conique, non entr'ouvert. Le cul-de-sac gauche est très douloureux : on y perçoit une masse assez volumineuse accolée aux flancs de l'utérus.

L'expression des seins fait sourdre du colostrum.

On fait le diagnostic d'hématocèle et on décide l'intervention.

20 décembre (Docteur Viannay) : laparotomie médiane sous-ombilicale. On est gêné considérablement par la saillie du globe vésical, même après cathétérisme évacuateur. Ceci s'explique par ce fait que la vessie est refoulée en avant par une hématocèle latéro et anté-utérine. La trompe gauche est distendue, congestionnée : du sang noir s'écoule par le pavillon.

Ablation des annexes gauches. Nettoyage du péritoine.
Fermeture sans drainage.

Suites opératoires normales.

A l'examen de la pièce, on constate qu'il s'agit d'une
grossesse de la partie moyenne de la trompe gauche.

OBSERVATION XXXV

Mme F... Catherine, 24 ans.

La malade est envoyée au Pavillon d'Urgence avec le
diagnostic d'appendicite. Elle ne présente pas d'antécé-
dents pathologiques.

L'affection actuelle semble avoir débuté le 13 mai 1923
par une douleur subite et vive dans la fosse iliaque droite
suivie de vomissements. La malade s'est alitée immédia-
tement.

La malade, qui avait eu ses dernières règles normales
du 27 au 30 avril, les revoit le 26 mai à la date prévue :
elles durent onze jours et sont de couleur normale. Le
19 juin, au cours de son travail, la malade est prise d'une
crise douloureuse peu intense ; mais le 22 juin, l'alerte
est plus dramatique, la douleur est très violente, non syn-
copale cependant ; elle ne s'accompagne pas de vomis-
sements.

Le 23 juin, à 16 heures, à son arrivée au Pavillon d'Ur-
gence, on est d'emblée frappé par la pâleur de la malade ;
les muqueuses sont complètement décolorées. Le pouls
misérable bat à 140 ; il n'y a pas de température. L'abdo-
men est légèrement ballonné ; toute la région sous-ombi-
licale est également douloureuse. Au toucher, les culs-de-
sac paraissent un peu rénitents, mais on ne sent nulle
part de tuméfaction nettement limitée. Le toucher est très
douloureux surtout au niveau du Douglas. Le col est nor-
mal. Le doigt ne ramène pas de sang.

En présence de ces signes d'anémie aiguë en relation
directe avec les crises abdominales antérieures, on porte

le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue et on décide d'intervenir d'urgence.

23 juin (Pargoirè), laparatomie médiane sous-ombilicale. Le péritoine est plein de sang liquide et on trouve quelques caillots cruoriques dans le Douglas. Des adhérences épiploïques conduisent à la trompe gauche qu'on examine la première. Elle paraît indemne : l'ovaire de ce côté est fixé en position basse. On se porte alors sur la trompe droite et on découvre une perforation à l'emporte-pièce au niveau de l'isthme. Salpingectomie droite. Le péritoine est rapidement nettoyé. Fermeture de la paroi en trois plans.

Suites opératoires normales.

CONCLUSIONS

I. — La symptomatologie de la grossesse extra-utérine se présente sous des modalités très variables.

II. — Tantôt les signes cardinaux de l'affection — troubles menstruels, douleurs, signes locaux, signes généraux et réflexes — se juxtaposent chacun avec leur valeur propre pour constituer un tableau clinique complet.

III. — Tantôt un ou plusieurs de ces symptômes dominant la scène les autres n'existant pas ou étant d'autres fois si estompés qu'ils risquent d'échapper à un examen insuffisamment approfondi. L'interrogatoire doit toujours être très précis, surtout au point de vue des troubles de la menstruation.

IV. — Par voie de conséquence, le diagnostic sera relativement facile dans certains cas.

V. — Les autres formes seront plus troublantes : la présence de signes de présomption de grossesse sera alors d'un précieux appoint et leur recherche devra être pour ainsi dire systématique.

VI. — L'intervention — laparotomie exploratrice — est justifiée chaque fois que le diagnostic reste douteux : les accidents survenant au cours de la grossesse tubaire mettant trop souvent en danger l'existence même de la malade.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

GAYET

Vu :

LE DOYEN,
Jean LEPINE

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 1^{er} Mars 1924

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

Pour le Recteur et par délégation

Le Doyen de la Faculté de Droit :

JOSSERAND.

BIBLIOGRAPHIE

- ALAMARTINE. — *Lyon Médical*, 1922, p. 381.
- ALBERTIN et DESGOUTTES. — *Lyon Chirurgical*, 1909, p. 183.
- BAZY (Louis). — *Presse Médicale*, 31 octobre 1906.
- BLANC. — *Loire Médicale*, décembre 1922.
- BOURRET. — *Gazette des Hôpitaux*, 3 janvier 1924.
- BRÉCHOT. (A) — *Pratique Médicale*, février 1924 (A.).
- BUDIN et DESMOULINS. — *Traité d'accouchement*.
- BURNIER. — *Gazette des Hôpitaux*, 22 août 1908.
- CHALIER (André). — *Lyon Médical*, avril 1922.
- COUVELAIRE. — *Thèse de Paris*, 1901.
- CROUSSE (Bruxelles). — *Sté Belge de Gynécologie et d'obstétrique*, 3 février et 3 mars 1923, in *Gynécologie et obstétrique* 1923, tome 7, n° 4 et 6.
- DESVIGNES. — *Thèse de Lyon*, 1922.
- DOUAY et ROCHAT. — *Gynécologie et obstétrique*, 1923, tome 7.
- FAURE et SIREDEY. — *Traité de Gynécologie*.
- FORGUES et MASSABUAU. — *Gynécologie in Traité Le Dentu et Delbet*.
- FRANCK (Robert). — *The amer. journal of obst. and dis. of Women and Child*, février 1909, analysé in *Presse Médicale*, 24 mars 1909, p. 215.

HORRMANN. — *Société de Gynécologie de Munich*, 25 octobre 1906, analysé in *Presse Médicale*, 29 décembre, 1906.

JACQUIN. — *Bulletin de la Sté d'obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 1921, n° 4.

JENNESSEAUX. — *Thèse de Lyon*, 1922.

KELLER. — *Sté d'obs. et Gyn. de Strasbourg*, 3 février 1923, in *Bulletin de la Sté d'Obs. et Gyn. de Paris*, 1923, n° 2.

KREISS. — *Bulletin de la Sté d'Obs. et Gyn. de Paris*, 1922, n° 3.

LEJARS. — *Gazette des Hôpitaux*, 16 janvier 1902. *Semaine Médicale*, 23 novembre 1904. *Bulletin de la Sté de Chirurgie*, 29 novembre 1904. *Semaine Médicale*, 13 juillet 1910.

Ch. LENORMANT et G. HARTMANN-KEPPEL. — *Gynécologie et Obstétrique*, 1923, tome 7, n° 4.

LEQUEUX. — *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominales*, 1906.

METZGER. — *Bulletin de la Sté Obs. et Gyn. de Paris*, 1921, n° 5.

MICHEL et DUROCH. — *Sté Obs. et Gyn. de Nancy*, 18 janvier 1922, in *Bulletin, Sté Obs. et Gyn. de Paris*, 1922, n° 1.

MICHEL et MATHIEU. — *Sté Obs. et Gyn. de Nancy*, 16 mai 1923, in *Bulletin Sté Obs. et Gyn. de Paris*, 1923, n° 4.

MULLER. — *Loire Médicale*, 1922, p. 329 et 489. *Loire Médicale* 1923, p. 475.

NARD (Lucien). — *Bulletin Sté Obs. et Gyn. de Paris*, 1921, n° 4.

PATEL. — *Progrès Médical*, 21 juillet 1922. *Sté de Chirurgie de Lyon*, 8 novembre 1923.

PONCET. — *Thèse d'agrégation*.

POZZY. — *Traité de Gynécologie*.

PROUST. — *Gazette des Hôpitaux*, 15 janvier 1914.

- SHICKELE. — *Sté Obs. et Gyn. de Strasbourg*, 5 juillet 1923, in
Bulletin Sté Obs. et Gyn. de Paris, 1923, n° 7.
- SCHULMANN. — *Semaine Médicale*, 1913, p. 187.
- SONNEFIELD. — *Semaine Médicale*, 1913, p. 280.
- TARNIER et BUDIN. — *Traité d'accouchement*.
- TARTANSON. — *Thèse de Lyon*, 1909.
- VANVERTS. — Réunion Médico-Chirurgicale des Hôpitaux de
Lille, 20 février 1922, in *Presse Médicale*, 4 mars 1922.
- VAUTRIN. . . *La Gynécologie* 1911.
- VIAL. — *Thèse de Nancy*, 1899.
- VIANNAY. — *Loire Médicale*, février 1923, p. 92.
- VIGNE et PILATTES. — *Gazette des Hôpitaux*, 11 avril 1914.
- WILLETTE. — *Thèse de Paris* 1910.
- WILLIAMS (de Philadelphie). — *The amer. journal of obs. and
dis. of Women and Child.*, juin 1913, analysé, in *journal
de Chirurgie*, septembre 1913.
-

TABLE DES MATIERES

Avant-Propos	9
Introduction.	11
Chapitre Premier. — Séméiologie.	13
Signes locaux	21
Signes généraux	25
Signes réflexes	27
Chapitre II. — Diagnostic	29
Chapitre III. — Observations.	45
Conclusions	89
Bibliographie	91



